

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

195

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

PAUL CAUMARTIN

Ancien Assistant Etranger de la Clinique Thérapeutique Chirurgicale
de la Faculté de Médecine de Paris

Né à St-Barthélemy, Province de Québec (Canada), le 24 Juin 1896

Travail du Service de M. le Professeur Pierre DUVAL

L'Adénome solitaire du Foie au point de vue chirurgical

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1929

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LAREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	RRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
UÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTÉRE	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

In memoriam

A MA MÈRE

*En témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection filiale.*

A MES BEAUX PARENTS

En témoignage de gratitude.

A MES FRÈRES

A MES SOEURS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

PROFESSEUR DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE
CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE VAUGIRARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

H. F. R. S. C.

*En témoignage de ma reconnais-
sance pour l'honneur qu'il a bien
voulu me faire de me choisir com-
me assistant étranger dans son
service et de présider cette thèse.*

A MES MAITRES A L'ECOLE PRATIQUE

M. LE PROFESSEUR ROUVIÈRE

Qui m'a dirigé dans mes études anatomiques. Je lui dois le meilleur de moi-même ; qu'il veuille bien trouver ici l'expression de vraie et respectueuse affection.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HOVELAQUE
CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES A LA FACULTÉ

Avec toute ma gratitude pour l'intérêt qu'il n'a cessé de me témoigner.

MM. WILMOTH-OBERLIN, AMELINE
PROSECTEURS

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENORMANT

*Qui a bien voulu me permettre de
prendre une part active à la vie de
son service.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRÉGOIRE

En hommage de reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR P. MOURE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

*En témoignage de ma profonde grati-
tude.*

A MM. RENON ET LAFFITTE

CHIRURGIENS DES HOPITAUX DE NIORT

*Qu'ils reçoivent ici l'expression de ma
reconnaissance pour la confiance
qu'ils m'ont témoignée dans leur
service.*

A M. LE DOCTEUR DEVLIN
GYNÉCOLOGUE DU MISERICORDIA
HOSPITAL, NEW-YORK

*Qui nous donna les premières leçons
chirurgicales et dont je garde un
souvenir ému.*

A MES MAÎTRES DE L'UNIVERSITÉ
DE MONTRÉAL

M. LE PROFESSEUR DE COLRET
PROFESSEUR D'OBSTÉTRIQUE

A M. LE PROFESSEUR DELORME
PROFESSEUR D'ANATOMIE

Introduction

L'adénome solitaire du foie est une des plus rares des tumeurs primitives du foie. Il n'en existe qu'un très petit nombre d'observations. En dehors de la thèse de Cathala et d'un article du même auteur qui en a fait une étude approfondie au point de vue histologique ; en dehors d'une communication à la Société de Chirurgie à laquelle ont pris part les Professeurs Lecène, Harlmann et Duval, et d'un article du Docteur Toupet, l'adénome solitaire du foie n'a jamais fait l'objet d'un travail d'ensemble au point de vue chirurgical.

Nous avons eu avec notre maître, M. le Professeur Duval, qui nous a suggéré l'idée de ce travail, la bonne fortune d'en observer un cas.

De plus, nous devons à l'obligeance de notre Maître, M. le Professeur agrégé Grégoire, une deuxième observation inédite.

Division

Afin de faire une étude d'ensemble de la question, nous commencerons par définir et limiter notre sujet au point de vue anatomo-pathologique et clinique. Mais nous insisterons surtout sur la thérapeutique de cette affection, thérapeutique qui ne peut être que chirurgicale. Nous en exposerons les diverses modalités et nous nous efforcerons d'en préciser les indications.

CHAPITRE I

L'Adénome Solitaire au point de vue Anatomico-Pathologique

L'étude anatomico-pathologique de l'adénome solitaire du foie a été récemment reprise et magistralement traitée par Cathala dans sa thèse. Les recherches que nous avons faites ne nous ont permis d'étudier aucun point nouveau, aussi ne saurons-nous mieux faire que d'adopter sans réserves ses conclusions. Nous nous permettrons de les résumer afin de bien définir l'adénome solitaire du foie.

Pour Cathala, les adénomes solitaires du foie sont « des tumeurs hépatiques primitives caractérisées par deux faits essentiels : d'une part leur limitation exacte et leur enkystement parfait ; d'autre part — et ceci est capital — leur développement dans un foie indemne de tout processus d'hépatite chronique ».

De plus, l'étude microscopique permettrait de décrire deux grands types histologiques de ces adénomes solitaires :

- 1° Le dysembryome hépatique simple ;
- 2° L'adéno-épithéliome trabéculaire.

1) LE DYSEMBRYOME HÉPATIQUE SIMPLE est constitué par une série de lobes de taille inégale ; ces lobes sont formés par des amas compacts de cellules épithéliales présentant les mêmes caractères que les cellules hépatiques normales, mais ayant perdu leur disposition rayonnante autour de la veinule sus-hépatique. Elles sont étroitement unies les unes aux autres, et dessinent par leurs contours une mosaïque irrégulière. Le rapport entre les cellules et la trame conjonctivo-vasculaire est intégralement conservée. Le développement de cette trame conjonctive peut d'ailleurs être assez important pour réaliser un véritable aspect angiomateux. Il n'y a pas d'espace porte nettement constitué et les canaux biliaires sont remarquablement rares.

Mais ce qui individualise surtout le dysembryome simple, c'est « l'existence d'une capsule dans laquelle la tumeur est énucléable ». Il ne s'agit pas d'un enkystement banal, mais bien d'une vraie capsule réalisant une séparation nette entre le tissu hépatique et celui de la tumeur, et cette séparation est si complète qu'il existe un véritable plan de clivage.

II) L'ADÉNO-ÉPITHÉLIOME TRABÉCULAIRE est tout différent ; il est constitué dans toutes ses parties par des cordons pleins, des travées épaissies formées de cellules hépatiques en contact intime les unes avec les autres, séparées par de longues fentes vasculaires. On ne retrouve aucune organisation lobulaire et il est impossible, dans les cavités vasculaires qui séparent les cordons, de reconnaître l'équivalent d'une veine sus-hépatique ou porte. Il n'existe pas le moindre canalicule biliaire. Ces cordons cellulaires sont souvent le siège de dégénérescences portant soit sur des cellules isolées, soit sur l'ensemble des cellules. Mais ce qui caractérise surtout cette variété d'adénomes, c'est, d'une part, son enkystement, d'autre part sa tendance à l'extension et à la diffusion.

En effet, l'adéno-épithéliome trabéculaire est parfaitement limité par « une épaisse coque conjonctive, blanchâtre et nacréee ». Cette coque n'est pas et n'a pas la valeur d'une capsule. La tumeur est enkystée et non encapsulée. « Sa paroi fibreuse est homogène, dense, et sur les coupes on voit nettement, de part et d'autre, le parenchyme hépatique sain où les travées néoplasiques prennent directement appui sur la bande fibreuse ».

Il n'y a donc pas de plan de clivage. La tumeur n'est pas énucléable.

Comme le fait remarquer Cathala, l'adéno-épithéliome ne diffère donc de l'hépatome décrit par Renon, Geraudel et Monier Vinard que par l'absen-

ce de processus cirrhotique dans le reste du parenchyme hépatique.

Mais d'autres caractères tendent à l'opposer au dysembryome hépatique simple. En effet, contrairement à celui-ci, il est fréquent dans l'adénome trabéculaire de constater microscopiquement l'existence de bourgeons tumoraux dans la lumière des veines intra-hépatiques. Ces bourgeons représentent exactement la structure de la tumeur primitive et progressent à l'intérieur des veines sans que la paroi interne de celles-ci présente une trace d'altération.

La présence de tels processus néoplasiques n'est pas constante. Aussi Cathala a-t-il distingué deux stades successifs dans l'évolution normale de l'adénome trabéculaire :

L'un, de malignité enclose, où les veines ne sont pas envahies ; l'autre, de diffusion, qui peut apparaître très tardivement ou très précocement.

Ultérieurement, la tumeur peut essaimer par voie veineuse, les métastases se faisant avant tout dans le foie. Tels sont les caractères histologiques. S'ils ont une grande valeur de configuration diagnostique, il ne faut pas croire cependant que le microscope soit indispensable pour affirmer la nature adénomateuse d'une tumeur primitive du foie. En effet, le seul aspect macroscopique suffit dans la règle à un œil exercé, pour reconnaître l'adénome solitaire. L'on conçoit l'importance de la connaissance des caractères macroscopiques pour le chirurgien, puisque dans la règle il découvre l'adénome

au cours d'une laparotomie exploratrice pour tumeur du foie, et qu'il doit savoir d'emblée la différencier des autres tumeurs du foie : cancer primitif surtout, puisque celui-ci ne comporte aucune sanction chirurgicale.

L'adénome se présente sous forme d'une tumeur plus ou moins lobulée, plus ou moins régulière, enchâssée en plein parenchyme hépatique normal. Il est bien limité, séparé du tissu sain par une coque conjonctive d'épaisseur variable, mais toujours visible. Il se distingue à première vue par sa *polychromie* : « sur la tumeur se trouvent des zones rouges, brun sombre, jaunâtres, verdâtres, mastic, gris rose, qui alternent plus ou moins régulièrement, ou sont dissociées par des nappes hémorragiques chargées de fibrines ». (Brault et Legry).

D'autres fois, « on a un contour festonné, arrondi, blanc jaunâtre, mastic, caséeux, par désintégration centrale rappelant les noyaux du cancer secondaires ». (Cathala). Sa surface est parfois sillonnée de veines plus ou moins volumineuses.

Elle est de consistance ferme, élastique. C'est une tumeur manifestement solide, comme l'affirment la ponction qui ne ramène que du sang et la coupe pratiquée en pleine masse. Le volume est des plus variables. En général, il est assez marqué, ce qui se conçoit, car il faut une tumeur déjà grosse pour être découverte cliniquement. On en a observé de petites, de la taille d'une mandarine (P. Duval), d'une tête de fœtus (Linzscher) et aussi jusqu'à une masse de deux kilogrammes (Grégoire).

De telles tumeurs sont presque toujours uniques, aussi les a-t-on dénommées adénomes solitaires. Cependant, le fait n'est pas constant. Ainsi, le nom d'*hépatome* leur conviendrait-il davantage.

Leur situation dans le foie est des plus variables. Elles peuvent se développer en un point quelconque du parenchyme hépatique ; on les rencontre aussi fréquemment dans le lobe droit que dans le lobe gauche.

Leur siège exact par rapport à la superficie du foie est intéressant à connaître, car il est la source de nombreuses erreurs de diagnostic d'une part, et qu'il comporte, comme nous le verrons plus loin, des indications opératoires différentes.

L'adénome peut être central, en plein foie ; il faudra inciser le parenchyme hépatique pour l'atteindre. Ce fait est rare.

Dans la règle, la tumeur est extériorisée, si l'on peut ainsi dire.

Elle peut simplement effleurer la surface du foie. Beaucoup plus souvent, elle fait un relief appréciable. Le foie apparaît comme bosselé. La tumeur a une zone d'implantation étendue qui correspond à sa base. Elle est dite *sessile*.

D'autres fois, elle est véritablement pédiculée. Il s'agit d'une masse plus ou moins volumineuse, plus ou moins libre, à évolution abdominale ou lombaire, qui est rattachée au reste du foie par un pédicule d'épaisseur et de longueur variables. On conçoit les difficultés de diagnostic que soulèvent de pareilles tumeurs.

Le poids des adénomes est en rapport avec le volume. Grey Turner en a opéré un pesant 1.300 grammes. Celui de Grégoire pesait 2 kilos.

En résumé, au point de vue macroscopique, les adénomes du foie sont donc des tumeurs solides nettement enkystées et développées dans un foie sain. L'existence de polychromie ayant, de plus, une grosse valeur de diagnostic.

Il est beaucoup plus délicat de reconnaître à la simple inspection, à quelle variété d'adénome on a affaire. Certes, il est des cas faciles. Si l'on constate par exemple une tumeur plus ou moins lobulée, limitée par une bande fibreuse nacrée, non énucléable chirurgicalement, accompagnée d'un ou plusieurs noyaux, d'aspects variables, situés soit au contact, soit à distance de la tumeur primitive ; si l'on constate, de plus, l'existence de ganglions engorgés au niveau du hile du foie, on devra en conclure macroscopiquement à l'adénome à tendance maligne et porter un pronostic des plus sombres.

Au contraire, si l'on observe une tumeur régulière, nettement encapsulée, entourée d'un plan de cli-vage permettant une énucléation facile ; si, de plus, la tumeur est unique, si elle n'est accompagnée d'aucun autre noyau intra-hépatique, si les ganglions du hile du foie sont normaux, il s'agira vraisemblablement d'un dysembryome hépatique bénin et la guérison complète sera des plus probables.

Mais, à côté de ces cas évidents, il en est d'autres beaucoup plus difficiles à interpréter, et cette éven-

tualité se présente surtout pour l'adénome trabéculaire. Pour lui, c'est moins un diagnostic de variété qu'un diagnostic de degré qui se pose. Et Cathala a eu le mérite de bien mettre ce point en évidence. L'adénome en est-il encore au stade local ou au contraire a-t-il essaimé ?

Cette notion, capitale pour le pronostic, est le plus souvent bien difficile à établir. En tous cas, l'étude macroscopique ne permet jamais de conclure, et malheureusement l'histologie est également souvent impuissante. A son actif, en effet, seuls doivent compter les résultats positifs. Si l'on trouve des bourgeons néoplasiques dans la lumière d'une veine hépatique, la malignité peut être affirmée. Mais si l'on ne trouve rien, même après étude attentive et patiente, après examen de plusieurs coupes prélevées en des points différents, a-t-on le droit de conclure à la bénignité de la tumeur et par conséquent de promettre la guérison ?

Il convient donc d'être circonspect et de suivre attentivement son malade, car dans tous les cas l'évolution ultérieure se chargera de confirmer ou d'infirmar l'opinion émise.

CHAPITRE II

L'Adénome Solitaire du Foie au point de vue Clinique

L'adénome du foie peut se rencontrer à tout âge, Willigk l'a trouvé chez un vieillard de 85 ans et Ribbert l'a signalé chez un nourrisson de 4 mois. Engelhart chez un enfant de deux ans et demi. Mais le plus souvent, on le voit chez l'adulte et à n'importe quelle période de la vie.

Nous avons recherché si la notion d'âge pouvait avoir un intérêt pronostique et si elle pouvait permettre de préjuger de la tendance bénigne ou maligne de la tumeur. Il ne le semble pas. En effet, nous avons relevé des dysembryomes aussi bien à 28 ans qu'à 67 et inversement, nous avons noté des adénomes trabéculaires à évolution maligne à 13, 23, 27 ans, quoiqu'ils paraissent moins rares après la cinquantaine.

Le sexe féminin est plus souvent atteint dans l'en-

semble ; 14 observations concernent des femmes auxquelles s'opposent 9 cas du sexe masculin.

L'étude clinique des adénomes du foie ne donne aucun renseignement pathognomonique. L'adénome est un diagnostic d'exclusion de toutes les autres tumeurs ou pseudo-tumeurs hépatiques, et qui, en réalité, n'est fait qu'à l'intervention après laparotomie exploratrice. Cependant, notre Maître Duval a porté un diagnostic d'adénome chez la malade de l'observation inédite que nous rapportons.

La symptomatologie fonctionnelle est très réduite, à tel point que nombre d'adénomes du foie (10 observations) n'ont été découverts qu'à l'autopsie de sujets morts de maladies intercurrentes.

Dans certains cas cependant, l'adénome du foie fut révélé par l'existence de troubles fonctionnels qui n'ont dans l'ensemble rien de caractéristique.

Le plus souvent, il s'agissait de sensations de pesanteur, de tiraillement siégeant au niveau de l'hypocondre droit, s'accompagnant parfois d'irradiations dorsales, voir scapulaires droites. Plus rarement, elles sont épigastriques. D'autres fois, les sujets présentent des douleurs intenses, variables dans leur siège, comme dans leur évolution. Fréquentes dans l'hypocondre droit, elles sont spontanées, débutent brusquement et présentent d'emblée le maximum de douleur, à tel point que le malade se plie en deux (Grey Turner). Lorsqu'elles siègent dans la fosse iliaque droite, elles peuvent simuler

l'appendicite (Frank Ridd), Linz et Escher ont signalé des douleurs dans la région sacrée.

Quoi qu'il en soit, ces douleurs importantes, car elles attirent l'attention du malade, sont dans l'ensemble rares et peu caractéristiques. Elles sont parfois troublantes, car de pathogénie difficile à élucider ; rarement continues, elles ont une grande propension à se manifester par accès paroxystiques.

Ces phénomènes névralgiques s'observeraient sur tout dans les cas d'adénomes à tendance maligne. Cependant, on les a notés dans les dysembryomes. Tel le cas de Lecène, celui de Frank Kidd.

Les troubles digestifs sont rares. A peine peut-on citer la possibilité de vomissements, signalés par Lecène et par Ceccarelli, l'inappétence, citée par Bergmann, la constipation et la diarrhée par Frank Kidd. D'ailleurs, ces troubles digestifs se rencontrent si souvent dans d'autres affections qu'on ne peut guère leur attacher d'importance. A titre exceptionnel, on a vu des épistaxis (Lecène), on a noté également l'existence d'un ictère par rétention (Devé), mais ce fait n'a été rencontré qu'une fois ; et en général tous les auteurs s'accordent et insistent particulièrement sur l'absence de syndrome ictérique.

On voit combien sont variables les troubles accusés par les malades. Ils sont loin d'attirer l'attention sur l'existence d'un adénome du foie et même sur le foie lui-même. C'est dire que bien souvent c'est l'examen systématique et complet du malade qui révèle la tumeur.

De plus, les troubles fonctionnels sont inconstants. La tumeur sera alors une découverte du médecin lors d'un examen au cours d'une affection intercurrente (cas Grégoire).

A l'opposé de ces cas véritablement trompeurs, il peut arriver qu'un sujet vienne consulter parce qu'il a perçu l'existence d'une grosseur dans son abdomen. Le champ des hypothèses diagnostiques est alors plus limité, et c'est l'étude approfondie des signes physiques qui permettra de faire le diagnostic de tumeur du foie.

L'examen doit être méthodique, pratiqué en décubitus dorsal, les genoux légèrement fléchis.

Dans ces conditions, l'inspection suffit parfois à révéler la tumeur surtout chez un sujet maigre.

On peut constater alors une voussure asymétrique de la partie inférieure de l'abdomen, soit au niveau de l'épigastre ou de l'hypocondre droit, soit dans la région périombilicale. Cette voussure descend plus ou moins bas par rapport à l'ombilic. L'œil peut encore donner un renseignement très important en faveur de l'origine hépatique de la tumeur : on peut voir glisser sous la paroi abdominale, successivement de haut en bas et de bas en haut, la tumeur hépatique qui suit les mouvements que le diaphragme lui communique dans l'acte respiratoire. Ce signe sur lequel ont insisté Gilbert, Terrier et Auvray, doit être toujours corroboré par le palper.

Il s'en faut de beaucoup d'ailleurs que la simple inspection donne ces résultats dans tous les cas.

Bien souvent elle ne révèle rien d'anormal, et ceci se comprend facilement lorsque l'on a affaire à une tumeur de petit volume surtout si elle est cachée sous le rebord costal ou encore si elle plonge dans l'abdomen lorsqu'elle tient par exemple à la face inférieure du foie. C'est dire la nécessité absolue de palper qui reste le mode d'exploration primordiale et indispensable.

Il renseigne sur le siège exact de la tumeur, sur son volume, sur sa configuration extérieure, sur sa consistance, sur son degré de mobilité.

Le siège est éminemment variable. Souvent antérieure, il s'agit alors d'une tumeur sessile ; d'autres fois il est inférieur ; la tumeur peut alors être sessile, mais dans la majorité des cas elle est pédiculée.

Nous avons déjà insisté plus haut, au chapitre d'anatomie pathologique, sur le volume de la tumeur. Nous n'y reviendrons pas.

Quant à la consistance, elle est ferme, parfois très dure comme une balle de plomb. Il s'agit nettement d'une tumeur solide. Jamais on obtient à son niveau de vraie ou de fausse fluctuation. Jamais on a perçu de frémissement hydatique.

Ses limites sont toujours nettes et ceci est un caractère important. La tumeur est entourée d'un parenchyme absolument sain, le reste du foie étant de consistance normale et son bord inférieur est très régulier.

La tumeur est régulière, lisse, c'est à titre exceptionnel qu'on a pu rencontrer des bosselures.

Enfin, il faut terminer la palpation par l'étude de la matité de la tumeur. Il faut s'attacher surtout à préciser ses rapports avec le foie. Déjà son siège dans l'hypocondre ou dans la région épigastrique pourrait faire préjuger de son origine hépatique ; ceci n'étant vrai d'ailleurs que pour les tumeurs sessiles. Mais le signe principal est fourni par l'étude de la mobilité de la tumeur avec les mouvements respiratoires. En effet, dans tous les cas, la tumeur suit les mouvements respiratoires, s'abaisse dans l'inspiration profonde, remonte dans l'expiration. Ce seul signe permet d'affirmer qu'on a affaire soit à une tumeur du foie, soit à une tumeur fixée à cet organe.

Tels sont les renseignements fournis par la palpation dans les tumeurs sessiles. Dans les adénomes pédiculés, les signes sont différents.

On trouve alors une tumeur plus ou moins volumineuse, de consistance ferme, bien limitée, lisse et régulière, qui semble plonger dans la cavité abdominale et qui siège le plus souvent dans la région périombilicale. Le diagnostic du point de départ d'une telle néoformation peut être des plus délicats. Aussi faudra-t-il rechercher avec le plus grand soin s'il existe un pédicule. Dans la majorité des cas, celui-ci est perceptible. On sent un cordon plus ou moins étroit de même consistance que celle de la tumeur et qui s'échappe du pôle supérieur de cette

tumeur. L'origine hépatique est difficile à affirmer et discutable, surtout si la tumeur n'est pas mobile avec les mouvements respiratoires.

Quelquefois le pédicule n'est pas perceptible et la tumeur est mobile en tous sens, sagittal et transversal. Toutes les erreurs de diagnostic sont alors possibles. Nous y reviendrons plus loin.

A la percussion la tumeur est mate ; sa matité se continue avec celle du foie, lorsqu'elle est sessile ; au contraire, elle en est séparée par une bande de sonorité lorsqu'elle est pédiculée.

L'auscultation ne révèle rien d'intéressant, peut-être peut-on noter l'absence de froissements péritonéaux.

Le phoneudoscope enfin permettra de délimiter la tumeur avec le maximum de précision.

En résumé, l'adénome présente tous les caractères communs avec les autres tumeurs du foie, à savoir :

« Son siège dans la partie inférieure de l'abdomen.

« Sa mobilité avec les mouvements respiratoires.

« Une matité qui se continue sans interruption avec celle du foie ».

L'état général est des plus variables. Le plus souvent le sujet apparaît en excellente santé, l'appétit est conservé ; le poids suffisant (obs. Duval, Roussy, par exemple). D'autres fois au contraire, le malade est amaigri, fatigué, sans qu'on puisse trouver d'autres causes que l'adénome dont il est porteur (obs. Starr).

Tels sont les signes cliniques donnés par l'adénome du foie. On voit qu'ils sont minimes et que pratiquement ils se résument en un seul : la constatation d'une tumeur solide du foie.

C'est ce qui explique la difficulté du diagnostic clinique, d'autant plus que la rareté de l'affection est réelle.

Aussi le plus souvent avant d'envisager la possibilité d'adénome du foie, devra-t-on passer en revue la presque totalité des affections hépatiques et c'est plus l'absence des signes propres à ces affections qu'un syndrome clinique propre à l'adénome qui nous le fera soupçonner. C'est donc un diagnostic d'exclusion.

Le diagnostic différentiel de l'adénome du foie comporte deux étapes bien distinctes. Tout d'abord, il faut rapporter la tumeur au foie. Ensuite il faut discuter sa nature.

S'agit-il d'une tumeur du foie? La question n'est pas toujours si facile à résoudre. Si la réponse est évidente en cas de tumeur sessile, ou bien de tumeur développée sur la face antérieure du foie, il n'en est pas toujours de même lorsque l'on a affaire à une tumeur pédiculée.

L'étude des observations publiées est très instructive à cet égard. Sur vingt observations cliniques publiées avec contrôle chirurgical, dans dix cas seulement de grands chirurgiens, éminents cliniciens pour la plupart, ont conclu à l'existence d'une tumeur du foie. Dix fois par contre les diagnostics

les plus variés furent posés et redressés par l'intervention.

Enfin, dans 4 cas, la laparotomie exploratrice fut décidée sans avoir posé aucun diagnostic précis.

La tumeur du foie fut confondue deux fois avec une tumeur de l'épiploon (Hartmann, Linz et Escher) ; une fois avec un kyste du pancréas (Starr) ; deux fois avec des affections du rein droit ; sarcome (Grey Turner) ou rein flottant (Keen), 3 fois le diagnostic de cholécystite fut porté (Tuholske, Garnett-Wright, Ceccarelli).

Enfin deux fois les hypothèses envisagées ne présentaient qu'un rapport lointain avec la réalité. Tel le cas de Franck Kidd qui conclut à une appendicite sub-aiguë avec abcès, ce qui paraît à première vue singulier et inattendu. Telle aussi, l'erreur plus excusable de Ph. Turner, qui chez une femme jeune de 29 ans présentant un syndrome d'hémorrhagie interne, pensa à une rupture de grossesse extra-utérine. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce cas.

On voit donc combien le diagnostic de tumeur du foie peut être difficile. Nous avons suffisamment insisté sur les caractères cliniques de ces tumeurs pour ne pas y revenir maintenant. Nous rappellerons seulement combien dans des cas aussi litigieux, l'examen radiologique peut être utile pour éliminer les tumeurs parahépatiques (pancréas, épiploon, côlon transverse, rein droit). Elle montre que la tumeur repérée sur la peau par l'index métallique est situé en plein parenchyme hépatique, ou

en dépend. déliée par un pédicule plus ou moins net. Le sujet n'aura d'ailleurs pour cet examen, à subir aucune préparation spéciale autre qu'une purgation et un lavement évacuateur.

Quant aux cholécystites, elles présentent en général une histoire clinique toute différente. L'examen physique permettra de les éliminer le plus souvent assez facilement ; les grosses vésicules n'ayant jamais la dureté, voir l'indolence des adénomes du foie, quoiqu'elles soient mobiles avec les mouvements respiratoires et que la matité se continue avec celle du foie.

La première étape du diagnostic étant franchie il faut déterminer la nature de la lésion hépatique. C'est un problème bien délicat. On devra cependant tout tenter pour la résoudre, car les diverses affections primitives du foie sont justiciables de thérapeutiques différentes. En premier lieu, il faut éliminer la syphilis qui est capable de réaliser au niveau du foie de véritables formes pseudo-tumorales de diagnostic clinique impossible, si l'on ne songe à rechercher avec soin les stigmates cutanés, muqueux et viscéraux de cette affection.

La réaction de B.-W. doit être pratiquée dans tous les cas et si l'on a le moindre doute, il est indispensable d'instituer un traitement d'épreuve.

Nous ne saurions trop insister sur la difficulté du diagnostic avec la syphilis hépatique et à l'appui de nos dires nous citerons les 2 observations suivantes :

OBSERVATION I (Duval et Cathala)

Malade de 17 ans.

Laparotomie pour tumeur de la fosse iliaque droite que l'on sent par le toucher vaginal dans le cul-de-sac droit.

Etat général satisfaisant. On trouve une tumeur une capsule gris bleuté, se détachant par une large base du foie qui est de couleur et de consistance normale. Diagnostic porté au cours de l'intervention : adénome pédiculé du foie.

Tumeur enlevée par petite résection hépatique. Malade morte d'insuffisance hépatique aiguë 22 heures après l'intervention.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Suivant les points de la tumeur, deux aspects différents ; l'un de foie hérédosyphilitique mais sans qu'on ait trouvé de plasmones périvasculaires : l'autre de foie adénomateux avec travées hépatiques épaisses formées de cellules claires, hypertrophiées dessinant une mosaïque irrégulière, sans ordination et sans tendance à l'enroulement.

OBSERVATION II (Silhol, 4 juillet 1923,

Soc. de chirurgie)

Une femme de 27 ans présente une tumeur épigastrique depuis 5 mois dans l'hypocondre gauche et l'épigastre ; cette tumeur soulève un peu les légu-

ments entre le rebord cartilagineux et l'ombilic. Son volume semble être celui d'une grosse orange.

A la palpation, on trouve une tumeur peu accessible, arrondie, dure, à peu près régulière avec une légère mobilité dans tous les sens. A la percussion, la matité se continue avec le lobe gauche du foie. La tumeur est indolente, il n'y a pas de contact lombaire. Le bord inférieur du foie est abaissé d'un travers de doigt. La radioscopie montre que la tumeur est indépendante de l'estomac. Bordet Wassermann positif. Weinberg négatif.

A l'intervention on trouve une tumeur de la grosseur du point, faisant saillie à la face convexe et à la face inférieure du foie, du volume d'une grosse orange. Elle est pâle, un peu jaune, très dure, le reste du foie paraît normal. Il n'y a ni ascite ni adhérence.

Ablation : résection cunéiforme. Epiplooplastie. Guérison.

Seule l'examen histologique fait le diagnostic de syphilis.

1°) Acidophyles bigarrés, peu homogènes dans des foyers de dégénérescence. Présence de débris leucocytaires. Texture, vaguement fibrinoïde.

2°) Dans la zone d'extension lésionnelle, présence d'assez nombreux plasmocytes de cellules fixes, voire d'organisation scléreuse. L'existence de péricapillarité, enfin l'absence autour des cellules géantes d'une zone de tissu lymphoïde étendu.

Ensuite il faut songer à la possibilité de tuberculose lobaire du foie. Ces cas sont exceptionnels mais possibles. Une observation récente de Laurent, rapportée à la Société des chirurgiens de Paris montre bien la difficulté qu'il peut y avoir à distinguer l'adénome de la tuberculose puisque l'histologie elle-même n'a pas tranché précisément le diagnostic. Macroscopiquement et microscopiquement il s'agissait d'un adénome hépatique simple mais avec deux anomalies suggestives ; d'une part, la persistance de canalicules biliaires, d'autre part, et surtout, l'existence sur des points disséminés de la tumeur de tubercules « formés soit de cellules épithélioïdes seulement, soit de cellules épithélioïdes et de cellules géantes groupées à la manière de tubercules typiques et présentent même parfois une ébauche de caséification centrale ».

La recherche des bacilles de Koch sur les coupes a été négative ; telles sont les données fournies dans ce cas par Rubens Duval. On voit donc combien ce diagnostic est délicat. Il va s'en dire que cliniquement seule l'existence d'antécédents nets de tuberculose ou bien l'existence d'autres manifestations sûrement tuberculeuses pourront permettre de le soupçonner.

L'angiome du foie peut prêter également à erreur, mais il est rare. Dans des cas typiques il se présente comme une tumeur primitive du foie, tumeur réductible, accompagnée de battements, augmentant

de volume sous l'influence des efforts, présentant un souffle à l'auscultation. Tous ces caractères peuvent manquer d'ailleurs, et dans cette éventualité, seule une laparotomie exploratrice permettra de l'identifier, comme nous l'avons observé dans un cas opéré par le D^r Sauvé.

Mais c'est le kyste hydatique du fôle qui simule le mieux l'adénome. Comme lui il peut être sessile ou pédiculé ; comme lui il n'entraîne qu'un minimum de troubles. On pourrait trouver parfois quelques petits signes cliniques qui mettraient sur la voie : l'existence de frémissements hydatiques à la percussion, le retentissement sonore, etc., mais ces symptômes font souvent défaut. Et l'on est réduit à recourir à un examen de sang ou réaction de Weinberg, une intra-dermo-réaction de liquide hydatique pour essayer d'éclairer le diagnostic. Même si ces épreuves étaient négatives d'ailleurs, la notion de fréquence ferait conclure quand même au kyste hydatique plutôt qu'à l'adénome. C'est d'ailleurs une erreur sans conséquence puisque l'existence de kyste aussi bien que celle d'adénome commande la laparotomie.

Telles sont les erreurs les plus souvent commises. On voit que dans l'ensemble elles ne sont pas bien graves, puisqu'il s'agit d'affections chirurgicales et que de toute façon il faut intervenir.

En pratique donc, il faudra surtout s'attacher à éliminer la syphilis hépatique, à forme pseudo-tumorale par tous les moyens d'investigation dont on

peut disposer. Ceci fait, ne pas hésiter d'intervenir dès le diagnostic de tumeur primitive du foie posé.

Une restriction s'impose à cette règle clinique. Il est classique de s'abstenir lorsque le tableau observé répond à la description d'une tumeur, maligne, d'un cancer secondaire du foie. Ceci est parfaitement justifié, en présence d'un cancer secondaire, avec un état général déficient, un foie présentant des noyaux multiples, un sujet accusant des douleurs internes, syndrome ictérique, surtout si le néo-primitif est connu.

L'abstention est également de règle, si l'on constate un néo-primitif massif, avec un gros foie ligneux augmentant rapidement de volume, accompagné de troubles digestifs marqués, et d'une cachexie galopante. Mais elle est des plus discutables, si l'on trouve dans un foie normal une tumeur nettement localisée, d'évolution plus ou moins rapide, avec signes généraux d'intensité variable. Car si, dans certains cas, il s'agira évidemment de tumeurs malignes, d'autres fois on aura affaire à un adénome véritablement bénin, à un dysembryome hépatique simple, éminemment curable par une intervention chirurgicale.

En effet, on a vu des adénomes bénins du foie acquérir en 6 mois la dimension d'une tête de fœtus (Linz Escher). On a vu des malades présentant l'habitus des cancéreux avec de gros amaigrissements (Keen, 5 kilogs en 6 mois), voir même dans un état de cachexie avancée (Starr) guérir complètement

après simple extirpation de la tumeur. On conçoit facilement combien l'importance de ces troubles généraux doit influencer sur le diagnostic. Dans de tels cas, on aura toujours tendance à penser au cancer et par suite à rejeter tout traitement chirurgical. Ceci est une faute. Il est en effet indispensable d'élargir le champ de la laparotomie exploratrice dans les cas de tumeur du foie. Aussi aura-t-on la chance de temps à autre de tomber sur un adénome extirpable et sauvera-t-on la vie du malade !

En résumé, nous retiendrons de cette courte étude clinique de l'adénome solitaire du foie qu'il se présente comme une tumeur primitive du foie, solide, bien limitée, sessile ou pédiculée.

On soupçonnera l'adénome, grâce à l'absence des signes propres de chacune des autres affections hépatiques, absence de stigmates de la syphilis, absence de signes d'insuffisance hépatique, absence des réactions tumorales et d'hydatisme.

Tous ces signes négatifs auront une grosse valeur. Néanmoins, vu la rareté de l'affection, on n'y pense pas.

Le diagnostic en est pratiquement impossible cliniquement. D'ailleurs, il ne fut soupçonné que deux fois, dans un cas de Groube, qui remonte à 1896, et une autre fois par notre maître, M. le professeur Duval, dans un cas inédit que nous allons rapporter plus bas.

C'est dire que dans la règle seule l'intervention exploratrice est révélatrice.

Quant au diagnostic de variété, il est absolument impossible et ne doit même pas être soulevé par la clinique. La rapidité d'évolution de la tumeur n'est pas un critérium puisqu'on a vu des dysembryomes bénins acquérir un gros volume, en 6 mois. Le degré d'altération de l'état général n'a pas non plus de valeur, ainsi que nous l'avons montré, puisque des malades cachectiques peuvent guérir complètement, et qu'inversement des sujets en bonne santé apparente font des récidives, sinon des métastases, quelques mois après l'extirpation de la tumeur.

D'ailleurs, nous avons vu que l'examen microscopique de la pièce ne permettait que rarement de conclure et que même l'examen histologique était souvent défaillant.

C'est l'évolution qui tranche la question dans les cas délicats. On retrouve là l'excellente distinction établie par Cathala dans sa thèse, entre adénome bénin et adénome à tendance maligne.

L'adénome bénin est susceptible d'être supporté durant des années et jusqu'à la mort du patient sans déterminer de troubles morbides importants. Il peut se stabiliser à un certain volume et ne plus augmenter pour des raisons qui nous échappent. C'est pourquoi il peut être une découverte d'autopsie.

D'autres fois, au contraire, l'adénome bénin évolue. Il augmente continuellement de volume, déterminant par sa taille une gêne véritable, et devenant pour le porteur une véritable obsession, et si

l'intervention n'est pas pratiquée dans de bonnes conditions, la mort peut survenir plus ou moins tardivement ; mais c'est l'exception. Les adénomes bénins sont, de plus, susceptibles de complications. Si rares qu'elles soient, nous ne pouvons les passer sous silence. Nous rappellerons à ce propos la très belle observation de Ph. Turner (1913) qui, devant un syndrome d'hémorragie interne abondante chez une femme de 29 ans, trouve un adénome du foie fissuré, friable et saignant abondamment.

En somme, l'évolution de ces adénomes du foie est tout à fait bénigne ; la nature bénigne en sera affirmée par l'évolution post-opératoire. En effet, dans la règle, en cas de dysembryome hépatique simple, il ne survient ni récurrence ni métastase après l'intervention, c'est-à-dire que la guérison est complète.

Il est loin d'en être de même pour les adénomes à tendance maligne. Ceux-ci tendent à augmenter continuellement de volume et, ce qui est plus grave, à essaimer ; de plus, ils récidivent le plus souvent après l'opération. C'est dire la gravité habituelle. Cependant, certains sujets ont pu guérir après extirpation, tels le malade de Grey Turner et celui de Garnett Wright. Tous deux ont été revus en excellente santé plus de deux ans après l'intervention. L'existence de ces cas a conduit Cathala à distinguer deux degrés successifs dans l'évolution des adénomes malins du foie : le premier de mali-

gnité enclose, stade auquel la guérison serait possible, si on opérât assez précocement ; le second d'essaimage, où le malade semble incurable, quelle que soit l'étendue de la résection hépatique.

Nous concluerons donc que la laparotomie exploratrice s'impose dans toute tumeur primitive du foie et qu'elle doit être pratiquée le plus précocement possible afin de pouvoir saisir la tumeur à son premier stade de malignité enclose, si l'on a affaire à un adénome trabéculaire à tendance maligne. Cette méthode constitue la meilleure prophylaxie de certains néos du foie.

CHAPITRE III

Deux Observations inédites d'Adénome solitaire du Foie

Ayant rappelé sommairement l'anatomie pathologique et la symptomatologie des adénomes du foie, tels que les ont vu nos devanciers, nous allons maintenant rapporter les deux observations inédites que nous possédons.

Nous avons observé le premier cas dans le service de notre Maître, le professeur Duval, qui nous a suggéré l'idée de cette thèse.

Nous devons le second cas à l'obligeance de M. le professeur agrégé Grégoire, auquel nous tenons à adresser nos respectueux remerciements.

OBSERVATION DUVAL

La malade, âgée de 40 ans, vient consulter le Docteur Moutier à l'hôpital de Vaugirard, le 1^{er} dé-

cembre 1926, parce qu'elle accuse des douleurs abdominales, des troubles digestifs et qu'elle maigrit beaucoup.

Les douleurs ont débuté il y a plusieurs mois et siègent de préférence dans la région épigastrique, elles irradient dans la fosse iliaque droite, jamais au niveau de l'épaule droite ni dans le dos. Elles apparaissent spontanément, sans causes apparentes, n'ont pas d'horaire précis. Leur intensité est assez grande cependant, elles ne sont jamais suffisamment fortes pour forcer la malade à se coucher.

Elles évoluent par crises durant plusieurs jours et disparaissent spontanément ou cèdent sous l'action d'un analgésique banal. Elles semblent n'avoir aucun rapport avec les heures des repas et ne sont pas plus marquées au moment des règles. Les troubles digestifs consistent en digestion lente, flatulence et régurgitation acide. Ils ont débuté il y a 18 mois et se sont aggravés progressivement depuis ; la malade ne vomit pas, elle n'est pas constipée. Elle a remarqué que ses régurgitations surviennent à horaires assez fixes (environ 4 heures après les repas). Ces troubles dyspeptiques sont nettement améliorés par la médication alcaline, notamment par l'administration de bi-carbonate de soude.

Aux troubles dyspeptiques s'associent des troubles intestinaux. La malade accuse des coliques fréquentes, suivies de diarrhées qui évacuent des aliments non digérés. Ces troubles intestinaux n'apparaissent d'ailleurs que si la malade fait des écarts

de régime. Depuis quelque temps, la malade a remarqué dans ses selles l'existence de vers intestinaux ; un médecin, consulté, a diagnostiqué un ténia. Outre ces signes, la malade accuse depuis deux ans un amaigrissement considérable ; elle était très forte et a littéralement fondu. Elle a perdu, affirme-t-elle, à peu près 25 kilogs.

Rien d'intéressant dans ses antécédents personnels et héréditaires. Signalons qu'elle a eu deux grossesses normales et qu'elle a fait une fausse couche.

La cause de tous ces troubles parut difficile à établir. Aussi diagnostique-t-on, en ville, une appendicite et la malade fut opérée il y a 6 semaines.

L'intervention pratiquée ne suffit pas à améliorer l'état local et l'état général. Bien au contraire, les douleurs s'intensifièrent, les troubles digestifs et surtout les troubles intestinaux furent de plus en plus marqués. Aussi la malade tint-elle à se faire examiner par un spécialiste du tube digestif. L'examen pratiqué par le Docteur Moutier donne les résultats suivants :

Malade amaigrie, fatiguée, anxieuse ;

Au niveau de l'abdomen, l'inspection ne révèle rien d'anormal ;

A la palpation, dans la région épigastrique, on remarque l'écartement des muscles droits, du clapotage de l'estomac ; mais surtout on perçoit une masse dure assez nettement limitée, mobile avec la respiration, qui siège dans la région épigastrique

et déborde également le rebord costal droit. La tumeur est surtout perceptible à la fin de l'inspiration. La surface n'est pas lisse, elle semble marronnée. Et on a l'impression qu'il y a d'autres masses collées au fond du carrefour.

Dans le décubitus latéral gauche, la masse se détache du foie et se pédiculise à l'instar d'une grosse vésicule. M. le Docteur Moutier fait le diagnostic de cholécystite avec réserve et conseille à la malade de se faire opérer.

La malade entre dans le service de M. le Professeur Duval le 9 décembre 1926.

A l'interrogatoire, elle répète à peu près l'histoire que nous venons de rapporter. Elle ajoute que son état n'a subi aucune amélioration depuis 8 jours. Elle précise, d'autre part, l'absence totale de crises de coliques hépatiques et l'absence complète de syndrome ictérique dans ses antécédents.

A l'examen physique, on note l'état d'amaigrissement de la malade qui facilite l'examen. L'abdomen apparaît normal si ce n'est qu'il existe dans la fosse iliaque droite une cicatrice d'incision de Mac-Burney. La palpation révèle dans la partie supérieure de l'abdomen l'existence d'une masse anormale. Cette masse que la malade n'a jamais perçue elle-même occupe la région épigastrique, la partie interne de l'hypocondre droit et descend jusqu'à la région péri-ombilicale. En bas, elle déborde le rebord costal droit de 3 travers de doigt. En haut, elle plonge sous le rebord costal droit. Son volume peut être comparé à celui d'une mandarine.

La tumeur apparaît assez nettement limitée. En bas, on accroche assez facilement son bord inférieur, de même qu'en dedans. Sa consistance est dure. On ne perçoit pas de fluctuations ni de frémissements hydatiques. Elle est lisse, régulière dans presque toute la surface. Cependant, en certains points, l'on perçoit par la palpation quelques irrégularités qui donnent l'impression qu'il s'agit d'une tumeur multi-lobée ; dans l'ensemble, elle est arrondie.

L'étude, la mobilité est plus intéressante, car elle nous fournit un renseignement capital. La tumeur suit très nettement les mouvements respiratoires. Cette mobilité est évidente. Lorsqu'on commande à la malade de respirer à fond et qu'on palpe la tumeur, on la sent glisser sous la paroi, s'abaisser, lors de l'inspiration, s'élever lors de l'expiration.

A la percussion, la tumeur est d'une matité absolue. Cette matité se continue en haut et à droite, avec la matité hépatique normale.

On recherche avec soin l'existence possible de points douloureux précis. Cette exploration est entièrement négative. Aucune douleur au point cystique, pas de douleur au point pancréation-cholédocien.

Le reste de l'abdomen est parfaitement souple et normal. On ne trouve en particulier aucun signe d'ascite. La rate est normale, de même que le cœur et les poumons. Il n'existe pas d'œdème des membres inférieurs, ni d'hémorroïdes, pas d'adénopathie axillaire ou inguinale. Pas de leucoplasie buc-

cale. Les pupilles sont égales, régulières et réagissent bien à la lumière. Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

La radiographie permet d'établir que la tumeur perçue cliniquement tenait tout le lobe gauche du foie. On ne voit pas de calculs dans la vésicule. Le fonctionnement du pylore paraît normal. Le bulbe duodénal s'injecte bien. Il n'y a pas de stase gastrique. Les urines n'ont ni sucre, ni albumine. Pas de pigments ni de sels biliaires ; absence d'urobilin. Sang : Bordet-Wassermann-Hecht négatifs. Formule sanguine : normale. Temps de saignement : 3 minutes. Temps de coagulation : 30 minutes. La réaction de Weinberg n'a pas été pratiquée. Urée sanguine : 0 gr. 40. Le taux de cholestérine n'a pas été cherché.

En résumé, l'on est en présence d'une femme de 40 ans qui présente des troubles variés de l'amaigrissement, à l'examen de laquelle on découvre une tumeur unique, bien limitée, faisant corps avec le foie, tumeur dure, assez régulière. L'absence complète d'antécédents lithiasiques, l'absence de calculs vésiculaires visibles à la radio élimine d'emblée la cholécystite chronique calculeuse.

L'absence d'antécédents, de stigmates cliniques et sérologiques fait rejeter la possibilité de syphilis.

Deux hypothèses restent alors en présence :

s'agit-il d'un kyste hydatique ou d'une tumeur primitive du foie ? Notre maître, M. Duval, opte pour la seconde éventualité. Et malgré l'existence de troubles digestifs marqués, d'un gros amaigrissement continu qui pouvaient faire penser au cancer, devant la limitation précise de la tumeur, il porte le diagnostic d'adénome du lobe gauche du foie.

Le 15 du même mois, la malade est opérée. Anesthésie générale à l'éther. On pratique une incision transversale, latérale droite. Le bord inférieur du foie apparaît, et l'on aperçoit aussitôt, à l'union du lobe gauche et du lobe carré débordant le bord inférieur, le pôle inférieur d'une tumeur arrondie, du volume approximatif d'une mandarine. On examine le foie, on ne trouve pas d'autres noyaux. Le foie est souple et semble, à la vue comme au toucher, tout à fait normal. La tumeur apparaît enkystée ; mais il ne paraît pas y avoir de véritable plan de clivage. Tumeur régulière, arrondie, consistant en une seule masse. On ne trouve aucun ganglion au niveau du hile. On décide de pratiquer une résection cunéiforme en passant à distance de la tumeur. On sectionne le parenchyme hépatique progressivement, en plaçant préventivement des points en chaîne au catgut.

La section terminée, les deux tranches hépatiques ne saignent pas. Il reste approximativement un pont de parenchyme hépatique de 3 cm. de largeur qui pédiculise en quelque sorte ce qui reste du lobe

gauche, et qui est situé au bord postéro-supérieur du foie.

On laisse un drain, une petite mèche et on ferme la paroi en trois plans. Durée de l'intervention : 30 minutes.

SUITES OPÉRATOIRES. — L'état de la malade après l'opération est satisfaisant. La température monte à 38° le 2° jour, pour rester normale par la suite. Les jours qui suivent l'opération, le drain donne assez abondamment un liquide verdâtre, mélangé de sang. Puis, peu à peu s'établit un écoulement d'ascite laiteuse avec des débris de tissu hépatique. La mèche est enlevée le 3° jour mais on laisse le drain jusqu'au 9° jour, au moment où l'écoulement semble terminé. Cependant il persiste une fistule qui donne légèrement. La malade s'alimente bien ; mais s'amaigrit quand même. Cependant elle ne présente pas de symptômes d'insuffisance hépatique, pas d'hypothermie pas d'hémorragie ni subictère.

A la fin de janvier, il nous semble qu'il y avait du liquide dans l'abdomen. On perçut une légère sensation de transmission de flot. En février, l'ascite augmente. On doit faire une première paracenthèse. Le 9 février on retire trois litres de liquide d'ascite. On envoie ce liquide en laboratoire. Frottis : polynucléaires assez nombreux, lymphocytes, culture négative.

Le 20 février, nouvelle ponction de 3 litres 500 gr. Nouvel examen du liquide, culture négative. Le

11 mars paracentèse de 3 litres. Le 18 du même mois, paracentèse de même quantité.

Le 24 mars la malade quitte l'hôpital, ayant encore une fistule. L'amaigrissement est très marqué.

SUITES OPÉRATOIRES ÉLOIGNÉES.

Une fois chez elle la malade garde le lit. Tous les 15 jours, elle doit faire venir un médecin qui pratique la paracentèse qui donne environ 7 litres chaque fois. L'amaigrissement est progressif. La malade meurt au mois de juin.

Ces derniers renseignements depuis sa sortie de l'hôpital nous sont donnés par la famille de la malade. Nous n'avons pu les contrôler ni vérifier par l'autopsie les résultats de l'opération et l'état du foie.

EXAMEN HISTOLOGIQUE :

Adénome trabéculo-vésiculaire avec très forte distension capillaire ; hypersécrétion de substance collagène hyaline au point d'évoquer par endroit l'aspect des adénomes thyroïdes. L'aspect hépatique ne se retrouve que sur une zone extrêmement limitée.

OBSERVATION GRÉGOIRE

Sanz Philippe, âgé de 25 ans, manœuvre, entre à l'hôpital le 11 décembre 1924. Depuis un an et demi, il a remarqué que son ventre augmentait de volume, mais ne ressentait aucune douleur. Il s'en soucia peu et crut à un début d'obésité. Cependant

au cours d'une grippe, il y a quelques semaines, le médecin qui l'examina décela la présence d'une grosse tumeur tout à fait indolore spontanément et à la pression. Sur ses conseils le malade se présenta à M. le Professeur agrégé Grégoire.

ÉTAT DU MALADE.

On ne remarque pas d'amaigrissement. Le malade a fait son travail jusqu'à ces jours derniers, n'a jamais souffert de son abdomen. Pas d'affections cardiaques, pulmonaires, urinaires. Jamais de troubles de la défécation, ni aucun signe d'ictère.

La température est normale ainsi que le pouls.

Comme antécédents personnels : rougeole.

EXAMEN PHYSIQUE.

A l'inspection l'abdomen présente une tuméfaction considérable de la région sus-ombilicale. On ne voit pas de circulation collatérale, ni d'œdème de la paroi. La peau est lisse, tendue. La tuméfaction paraît avoir des dimensions assez considérables.

Dans le décubitus dorsal, la tumeur se dessine davantage et à la palpation on sent très facilement une grosse masse arrondie, du volume d'une tête d'enfant. Elle occupe la fosse iliaque droite, l'hypocondre droit et la région para-ombilicale droite. Elle est surtout sous-ombilicale et droite, débordant néanmoins la ligne médiane à gauche, et dépassant en haut la ligne sus-ombilicale.

Cette masse semble s'allonger en profondeur. Elle n'est pas fluctuante ni rénitente, elle est absolument libre de la paroi abdominale antérieure, mobile, allant d'un flanc à l'autre, selon le décubitus latéral, et allant du pubis à la région sous-diaphragmatique. Absolument indolore, dans tous ses mouvements et ne suit pas les mouvements respiratoires.

La palpation ne réveille aucune douleur,

La percussion révèle une matité correspondant à la tumeur et séparée de la matité hépatique par une zone de sonorité. Tympanisme dans le reste de l'abdomen inférieur.

Le foie semble normale ainsi que la rate et les poumons. On note quelques petits ganglions inguinaux. Pas de ganglions sus claviculaires ni de ganglions axillaires.

DIAGNOSTIC. — On ne fait pas de diagnostic précis et on décide l'intervention.

Opération le 16 décembre.

On pratique la laparotomie médiane sus et sous ombilicale. Une tumeur de la taille d'une tête d'enfant apparaît appendue au bord antérieur du lobe gauche du foie par un pédicule large d'au moins 4 travers de doigts. La paroi est sillonnée de veines, la capsule est luisante. On pratique sur la face antérieure du pédicule une incision transversale de la capsule suivant un plan de clivage. On décolle cette capsule, de manière à obtenir une petite collerette. On fait de même sur la face postérieure. La vascula-

risation est énorme et l'on fait progressivement l'hémostase par des points au catgut. Surjet sur la tranche hépatique. Hémostase parfaite, pas de drainage. Rien d'anormal au foie, ni à la vésicule biliaire.

SUITES OPÉRATOIRES.

Les suites opératoires furent très simples. Température monte à 38°5 le lendemain de l'opération, puis redevient normale jusqu'au jour du départ, le 30 décembre soit deux semaines après l'opération.

SUITES OPÉRATOIRES ÉLOIGNÉES.

Malade revu par M. Grégoire et moi-même 4 ans après l'opération.

Au sortir de l'hôpital, un mois de convalescence à Chantilly. Reprise du travail au mois de février 1925 comme ébarbeur dans une fonderie pour devenir mécanicien. N'a jamais souffert de son foie, pas de jaunisse, pas de troubles intestinaux. A fait une pneumonie en 1927. Actuellement (janvier 1929), la malade est en excellente santé.

A l'examen, cicatrice de bonne qualité, ventre souple. La palpation profonde de la région hépatique ne révèle rien d'anormal. Tout est souple et indolore.

A la percussion le foie ne semble pas augmenter de volume. La radioscopie ne présente rien de particulier.

ASPECT MACROSCOPIQUE.

Il s'agit d'une tumeur grossièrement arrondie pesant environ 2 kilogs, présentant avec les trois diamètres : 12 cent., 15 cent., 9 cent. à peu près les dimensions d'une tête d'enfant. La coloration est inégale : blanchâtre à reflets nacrés, en la plupart des points elle présente des zones grisâtres ; d'autres sont brun-rouge, elle est donc polychrome.

La surface n'est pas régulièrement lisse ; elle est vallonnée ; les petites dépressions sinueuses qui la parcourent sont comblées par de gros vaisseaux bleuâtres, qui semblent tous partis du pédicule d'implantation de la tumeur sur le foie, véritable hile vasculaire. En ce point les vaisseaux sont moins nombreux mais beaucoup plus volumineux qu'ailleurs et les sillons sont plus profonds.

Les vallonnements circonscrivent à la surface de la tumeur de petites masses arrondies ou ovalaires, légèrement saillantes, d'un volume de celui d'une noisette à celui d'une petite mandarine.

A la coupe, la tumeur offre une consistance ferme sous le couteau. La tranche de la section est régulièrement circonscrite par une capsule fibreuse plus épaisse qu'ailleurs près du pédicule d'implantation de la tumeur. La tumeur apparaît cloisonnée par de fins tractus fibreux, nacrés ; ils partent de la capsule fibreuse d'enveloppe et viennent s'épanouir dans la partie centrale en circonscrivant des zones plus ou moins larges, assez régulièrement arrondies, de

contour net. La tranche de section est de coloration aussi inégale que la tumeur vue extérieurement. La partie centrale assez homogène est rouge brun. La périphérie présente des plaques irrégulières hyperpigmentées sur lesquelles tranchent nettement les cloisons fibreuses.

La consistance est de même inégale, elle est plus ferme à la périphérie et ceci paraît s'expliquer par le développement particulier en cette zone du tissu collagène.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Il a porté sur différents fragments de la tumeur prélevé tant à la zone corticale que dans la partie centrale de la tumeur. Avec quelques différences, suivant les points considérés la structure s'est révélée à peu près la même partout. Des travées plus ou moins larges de tissu collagène forment des cloisons qui circonscrivent de véritables lobes tumoraux. Ceux-ci sont formés par des cellules disposées en amas, parfois en travées assez irrégulières. Leur contour est dans l'ensemble polyédrique par pression réciproque. Bien que certains amas cellulaires soient centrés par un vaisseau, vu transversalement, ou longitudinalement, ou obliquement, suivant l'incidence de la coupe, à parois minces, à large lumière gorgée de globules rouges, on ne retrouve pas la disposition rayonnante des travées cellulaires comme dans le tissu hépatique normal ; il n'y a pas trace d'organisation globulaire. Les cellules épithé-

liales ou tumorales sont fort différentes suivant les points considérés. L'immense majorité d'entre elles sont larges, claires ; leur noyau est relativement petit ; il présente un réseau chromatinien, fortement coloré ; il est comme refoulé contre la membrane cellulaire.

Le protoplasma est aréolaire, bourré de vacuoles graisseuses arrondies ; en certains points il présente bien cet aspect « mousseux, finement vacuolaire » qu'a décrit Cathala. Dans l'ensemble les cellules ont l'aspect de spongiocytes et donnent à s'y méprendre, à certaines régions de la tumeur, l'aspect d'un adénome de la surrénale.

Plus les points examinés sont près de la périphérie de la tumeur, plus les amas cellulaires pleins sont nombreux. Ils arrivent à former de véritables nappes qui prennent l'aspect de parenchyme hépatique quasi normal ; on retrouve une disposition trabéculaire mais les travées cellulaires sont disloquées en différents points et il se trouve parmi elles beaucoup de cellules adipeuses.

Ce qui caractérise cette tumeur, c'est le développement extraordinaire de la trame conjonctivo-vasculaire ; les colorations électives du tissu collagène montrent bien ce fait qui nous semble être la caractéristique histologique de notre cas.

Les vaisseaux sanguins sont excessivement dilatés et nombreux ; ils donnent à la tumeur, en différents points, surtout dans la région périphérique l'aspect de véritables angiomes du foie, du type ca-

pillaire en certains points, mais surtout du type caverneux tant les cloisons conjonctives sont irrégulières, inégales dans leur épaisseur.

Les cavités angiomateuses sont gorgées de globules rouges, peut-être comme le fait remarquer Cathala, ne faut-il voir dans ce fait, que l'effet mécanique de la compression du pédicule vasculaire de la tumeur, au moment de l'extirpation chirurgicale.

La coque fibreuse qui entoure la tumeur d'une façon parfaite est histologiquement assez homogène ; elle est formée de couches concentriques de tissu collagène parfois séparées pour enclaver çà et là quelques amas de cellules hépatoïdes. Cette coque est plus ou moins épaisse suivant les points considérés. Elle est trouée surtout près de sa surface extérieure de très gros vaisseaux bien organisés, très congestionnés.

Cette tumeur parfaitement encapsulée, formée d'un tissu hépatoïde sans organisation lobulaire, mais aussi sans aucune image de malignité, représente exactement le type de l'adénome solitaire bénin du foie, décrit par Lecène en 1912, auquel Cathala a donné le nom de « Dysembryome hépatique simple », dont les exemples ne sont pas très rares. Le développement angiomateux des vaisseaux très exagérés nous semble le seul point un peu particulier à notre cas.

Telles sont les deux observations inédites que nous possédons. Nous voyons qu'elles sont totale-

ment différentes tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique. Telles qu'elles sont, elles confirment admirablement l'opinion de Cathala qui différencie nettement l'adénome du foie en deux variétés : l'une purement bénigne ; l'autre à tendance maligne.

L'observation du Professeur agrégé Grégoire correspond au dysembryome hépatique simple ; celle du professeur Duval appartient à l'adénome trabéculaire à tendance maligne.

Nous ne saurions trouver deux cas aussi opposés ; mais puisque nous avons la chance de les observer nous estimons utile pour l'étude de l'histoire et peut-être de la pathogénie du cancer de les publier.

Voyons maintenant quelle thérapeutique on peut opposer à ces tumeurs.

CHAPITRE IV

Traitement Chirurgical des Adénomes solitaires du Foie

Le traitement chirurgical des adénomes solitaires du foie n'a jamais fait l'objet d'un travail d'ensemble. Ceci s'explique facilement : l'affection est fort rare, le diagnostic clinique est exceptionnellement soupçonné. Dans la règle nous l'avons vu, il s'agit d'une surprise d'intervention exploratrice. Aussi est-ce sur la table d'opération même, suivant l'aspect et les connexions de la tumeur qu'on décide de l'enlever ; suivant la technique qui paraît la plus adéquaté à ce qu'on observe.

Plusieurs auteurs l'ont cependant étudiée et c'est avec fruits que nous avons lu la discussion à la Société de Chirurgie du 21 avril 1921, à la suite d'une communication de M. le Professeur Duval de même qu'un article du Docteur Toupet.

Nous lui avons fait force emprunts. Malgré ces sources de choix, notre essai peut paraître insuffisant, aussi nous réclamons de nos lecteurs la plus grande indulgence.

HISTORIQUE

Avant d'exposer en détail les méthodes opératoires et les indications précises de chacune de ces méthodes, nous rappellerons en un bref exposé l'histoire du traitement chirurgical de l'adénome solitaire du foie.

La première observation publiée remonte à 1887 ; c'est celle de Liez et Escher il s'agissait d'une femme de 67 ans qui présentait une tumeur dans le côté droit de l'abdomen, tumeur à développement rapide, entraînant des troubles divers. Cette tumeur de consistance dure était arrondie, mobile transversalement et avec les mouvements respiratoires. Elle était mate à la percussion et séparée de la matité hépatique par une bande sonore. Le foie paraissait normal. On s'arrêta au diagnostic de tumeur de l'épiploon et on décida d'intervenir. Laparotomie médiane. Lors de l'incision sur la ligne blanche il se produit une hémorragie abondante, la paroi abdominale étant mince, la tumeur, solide, adhérente à cette dernière, fut légèrement incisée. On libère les adhérences. La tumeur libre dans l'abdomen apparaît entière. Elle a les dimensions d'une tête d'enfant. On constate alors qu'elle est rattachée à la

face inférieure du foie par un large pédicule. Ligature du pédicule et ablation de la tumeur après section de son pédicule. La ligature n'est cependant pas suffisante pour arrêter l'hémorragie. Aussi l'opérateur fit-il une suture partielle de la plaie hépatique aux lèvres de l'incision pariétale. Mais comme les sutures ne tenaient pas, il se vit obligé de rentrer le foie dans le ventre. Fermeture de la paroi. 6 heures après la malade mourait d'hémorragie.

Comme on le voit, il s'agissait d'un adénome pédiculé que l'histologie montra bénin: Le résultat n'était guère encourageant et l'intervention par section pure et simple du pédicule après ligature semble très insuffisante. Il est vrai que ce pédicule devait être très large, nécessitant une série de ligatures et que en 1887 la chirurgie abdominale et surtout hépatique était encore à ses premiers pas. La meilleure preuve en est l'indécision des opérateurs qui essaient d'abord de fixer la paroi, puis n'hésitent pas, devant ces difficultés, à laisser rentrer dans le ventre un moignon saignant encore. De plus, il n'est même pas question dans l'observation du moindre tamponnement, aussi le résultat ne se fit-il pas attendre.

Keen eut plus de succès en 1891. En présence d'un adénome pédiculé du lobe droit du foie, il essaya d'abord la section du pédicule, puis se rendant compte qu'elle était insuffisante, il compléta l'intervention par une énucléation-résection du point d'implantation de la tumeur dans le foie.

Nous croyons devoir rapporter son observation au complet car Cathala ne la cite pas dans sa thèse. Nous l'avons relevé dans un numéro du *Boston Medical et Surgical* de 1892.

OBSERVATION KEEN, 1897

Mme G... me fut envoyée en octobre 1891. Agée de 31 ans, mariée à 15 ans, 6 enfants vivants, 4 fausses-couches. Le dernier au milieu du mois d'août. Poids au mois de janvier 1891 : 135 livres. Au mois d'août, 125 livres.

Elle a souffert de la malaria durant 6 ans ; mais semble guérie depuis quelques années. Son état général fut bon jusqu'à il y a 3 ans, alors qu'elle commença à ressentir de la douleur, de la faiblesse, des chaleurs, dysménorrhée et métrorragie. Elle fut bientôt dans un état lamentable. Pas de diarrhée.

Deux ans auparavant, elle s'aperçut de l'apparition d'une tumeur dans le côté droit de l'abdomen. Au bout de quelques semaines, elle ne sentit plus rien. La tumeur réapparaît il y a un an. D'abord de la taille d'une noix, elle grossissait lentement. La dernière grossesse qui se termina par une fausse couche semble en avoir augmenté la croissance.

Elle n'eut jamais de jaunisse ni de troubles digestifs, mais elle souffre beaucoup dans l'hypocondre droit.

A L'EXAMEN :

On trouve dans le côté droit de l'abdomen, dans la région rénale, une tumeur ovale de la grosseur du

poing. La matité qui lui correspond ne se continue pas avec celle du foie. Elle en est séparée par une zone de résonance tympanique de trois travers de doigts.

A l'examen bi-manuel, on sent la masse qui se reporte en avant ou en arrière, selon la pression.

La tumeur est tout à fait mobile, légèrement douloureuse et de la consistance des reins. On ne put sentir l'artère rénale. Pas de points ramollis perceptibles.

A l'examen vaginal, pas de connection entre cette masse et les annexes de l'utérus.

Diagnostic probable : rein flottant et malade,

OPÉRATION : Le 9 janvier 1891. Anesthésie au chloroforme.

Incision semi-lunaire latérale, atteignant presque le rebord costal et la crête iliaque. Longueur : 5 pouces. Une fois la cavité péritonéale atteinte, apparut une tumeur polykystique — la tumeur n'avait aucun rapport avec le rein droit, lequel paraissait plus petit mais à sa place normale.

En extériorisant la tumeur, on se rendit compte qu'elle tenait au foie, débordant son bord droit. Dimensions : 3 pouces $1/2$ verticalement et 3 pouces transversalement.

A sa base, au point de contact avec le foie, il mesurait 2 pouces d'épaisseur, juste à son bord interne, adhérait la vésicule biliaire, normale qu'il fallut décoller pour opérer plus aisément, on dut li-gaturer quelques petits vaisseaux.

L'ablation fut décidée immédiatement. Ablation de la tumeur au thermo-cautère. Au cours de l'exécution on dut ligaturer 4 grosses veines, avant qu'elles ne fussent coupées. Ayant ainsi coupé la moitié de la base, Keen s'aperçut qu'il était en pleine tumeur, et qu'elle s'avavançait dans le parenchyme. A l'aide du pouce il put l'énucléer facilement sans grande hémorragie.

Cette manœuvre laissa la tumeur attachée au bord postérieur du foie. On termina la résection au thermo-cautère. La plaie hépatique ressemblait à une amputation avec ses deux lambeaux qui furent réunis par cinq points de suture passés profondément au travers du tissu hépatique.

L'intestin ayant été très bien isolé fut protégé contre l'hémorragie. On referma en laissant un drain. L'opération dura une heure.

Durant les premières 24 heures, on retira du drain 90 cc. de sérosité, durant la deuxième journée, 25 cc. Pas de bile. Les intestins fonctionnèrent dès le 2^e jour.

La température, le soir de l'opération monta à 39° ; puis descendit graduellement.

Retour à la maison 40 jours après l'opération. Février 1892. Elle se porte bien.

GUÉRISON.

EXAMEN MACROSCOPIQUE.

Tumeur ovoïde, mesurant 9 cent. de largeur, 11,5 de longueur et 4,5 d'épaisseur. Poids : 1130 gr. Surface douce.

L'examen microscopique révèle un adénome du foie.

Cette observation est des plus intéressantes, non pas seulement au point de vue du résultat qui fut parfait, mais surtout au point de vue technique opératoire. Elle montre la possibilité d'énucléation de certains adénomes du foie lorsqu'il existe un plan de clivage. Ce procédé est d'une très grosse supériorité car il évite toute hémorragie importante et est d'une simplicité d'exécution remarquable. Notons cependant qu'il n'est pas toujours suffisant, puisque Keen a dû sectionner une partie de la tumeur au thermocautère. Mais, à notre avis, le véritable progrès technique consiste dans la suture des deux lèvres de la plaie hépatique, suture dont on discutait alors l'opportunité et qui pourtant présente, d'une part, le gros avantage de capitonner la brèche formée, et d'autre part, de réaliser une péritonisation complète de la plaie. Cette péritonisation est devenue aujourd'hui un des dogmes primordiaux de la chirurgie abdominale. Mais c'est en 1894 qu'on relève la première observation de résection cunéiforme typique pour adénome du foie. Elle appartient à Tricomi. Nous nous permettrons de la reproduire :

OBSERVATION TRICOMI, 1894

Il s'agit d'une femme de 52 ans, qui, 14 ans avant son entrée à l'hôpital, eut un accès douloureux au

niveau de l'hypocondre droit avec irradiation vers l'épaule. La douleur est reparue il y a 6 mois, d'abord par accès, puis continue. La marche est très pénible à cause de la douleur ; pas d'ictère, pas d'expulsion de calculs. Tumeur de l'hypocondre droit, ferme, élastique, lisse, du volume du poing, mobile latéralement, se continuant avec le foie que l'on extrait de la cavité abdominale. Sur sa base d'implantation, on pose un lien élastique, puis on circonscrit deux lambeaux latéraux, de façon à avoir une perte de substance cunéiforme dans le parenchyme restant. On lie trois gros vaisseaux sur la surface de section, au moyen de suture au catgut. On enlève le lien élastique et on abandonne le foie dans la cavité abdominale que l'on ferme.

EXAMEN HISTOLOGIQUE :

Adénome du foie présentant 9 cm. 5 sur 8 cm. 5 sur 5 centimètres. L'opérée quitte la clinique au bout de 18 jours.

3 ans après l'intervention, l'opérée va bien et n'a aucune souffrance.

Enfin, il faut attendre 1928 pour trouver une observation d'énucleation véritable d'un adénome du foie? Elle a fait l'objet d'un rapport du Docteur Ozenne à la Société des Chirurgiens de Paris, le 21 décembre 1928, et appartient à M. le Docteur Laurent.

OBSERVATION OZENNE

Mme L., âgée de 61 ans, entre le 27 août 1927 à l'hôpital St-Joseph avec le diagnostic de cholécystite lithiasique. Depuis dix ans, la malade se plaint de douleurs dans la région hépatique. L'interrogatoire ne révèle chez elle pourtant ni syndrome net de migration calculeuse, ni de phénomènes d'inflammation vésiculaire ou périvésiculaire. Elle n'a jamais eu d'ictère. L'état général est bon.

Antécédents : Sept grossesses normales, aucune maladie grave.

A L'EXAMEN : On constate au-dessous du rebord des fausses côtes, au niveau du bord externe du grand droit, une petite masse dure arrondie, mobile avec le foie, un peu douloureuse. Son volume est celui d'une petite mandarine. Le reste de l'abdomen est souple et non douloureux.

Une radiographie faite, nous dit la malade, un peu avant son entrée à l'hôpital, n'a, paraît-il, rien montré de net au point de vue lithiasique mais étant donné le tableau clinique, on admet le diagnostic posé et on décide l'intervention.

Opération le 3 septembre 1927, incision verticale sur le bord externe du grand droit. Le péritoine ouvert, on constate que la vésicule est saine et ne contient aucun calcul ; mais en palpant le bord antérieur du foie immédiatement en dehors de la vésicule, on découvre une tumeur que l'on amène facilement dans la plaie.

Cette tumeur, dure, arrondie, légèrement lobulée, fait saillie sur le tissu hépatique qu'elle semble avoir repoussé à sa périphérie? Elle bombe un peu vers le bord antérieur, plus sur la face inférieure du foie et atteint le volume d'une petite orange. On incise au bistouri la capsule du foie en suivant la limite du tissu hépatique sain. On trouve ainsi rapidement un plan de clivage que l'on suit avec facilité sur toute la périphérie de la tumeur. On arrive ainsi à l'énucléer complètement sans grande difficulté et sans saignement. Quelques parcelles de tissu hépatique sain restent seules adhérentes à la partie profonde de la périphérie. Suture de la brèche hépatique par quelques points de catgut profonds. Un drain, trois mèches au contact du bord du foie. Fermeture de la peau en un plan au fil de bronze.

Suites opératoires : absolument simples ; drain retiré le troisième jour ; les mèches ensuite progressivement jusqu'à ablation complète le neuvième jour. Fermeture assez rapide de l'orifice entièrement rétabli.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (Docteur Rubens-Duval).
Adénome du foie avec, comme particularité, existence de tubercules disséminés.

Quinze mois après l'observation, novembre 1928, la malade est en excellente santé et a engraisé de dix kilogs depuis l'opération.

Cette observation est tout simplement remarquable de simplicité. Ce n'est pas au hasard que nous

avons juxtaposé ces trois cas si différents d'adénome solitaire du foie, mais bien dans un but déterminé. Ils résument à eux trois toute l'histoire du traitement chirurgical de l'adénome du foie, et l'on voit que dans l'ensemble on peut lui décrire trois grandes étapes successives : la section simple du pédicule, puis la résection et enfin l'énucléation.

Nous nous proposons maintenant d'étudier comparativement chacune de ces trois méthodes, dans leur technique, leurs résultats enfin dans leurs indications respectives.

CHAPITRE V

Les Méthodes Chirurgicales

Le premier temps de toute intervention est l'incision. Celle-ci peut être variable ; tantôt verticale et alors médiane ou latérale ; tantôt oblique, parallèle au rebord costal ; tantôt transversale, horizontale à un niveau variable, tantôt enfin on pourra combiner deux de ces incisions.

En principe, il faut inciser la paroi abdominale sur la tumeur et inciser largement, car il faut voir clair. Pour la direction de l'incision, on se comportera suivant les circonstances, de manière à obtenir le meilleur jour. Une fois le péritoine ouvert, on explorera avec soin la tumeur à laquelle on a affaire. Mais il ne faudra rien tenter avant d'avoir examiné le plus minutieusement possible le reste du parenchyme hépatique.

A) SECTION DU PÉDICULE

La pédiculisation de la tumeur est de bon augure. En effet, elle permet d'extérioriser facilement

cette dernière et aussi de l'enlever avec le maximum de commodité. On commence par amener la tumeur dans le champ opératoire. On libère avec soin aux ciseaux les adhérences, s'il en existe. Ceci fait, on isole complètement la tumeur du reste du contenu de la cavité abdominale au moyen de champs abdominaux.

Plusieurs procédés ont été employés pour réaliser l'ablation de l'adénome du foie pédiculé. En pratique, ils sont de deux sortes : dans une première catégorie de faits, on a purement et simplement sectionné le pédicule de la tumeur par un moyen quelconque.

D'autres fois, au contraire, le chirurgien a réséqué en coin le point d'implantation du pédicule sur le foie.

I. — SECTION SIMPLE DU PÉDICULE

Elle fut réalisée de plusieurs façons : ablation au bistouri, au thermocautère, ou bien par serrage progressif d'un lien élastique. Tricomi est le seul chirurgien qui eut recours au lien élastique ; il l'employa deux fois. Voici ces deux observations.

OBS. I. — TRICOMI I

Dans un de ces cas, il s'agissait d'un homme de 27 ans qui présentait un adénome développé au niveau de la face intérieure du lobe gauche du foie,

adénome qui se prolongeait jusqu'au sillon longitudinal gauche. A l'intervention, après laparotomie, il fixa le foie à la paroi abdominale et plaça un lien élastique dans le sillon longitudinal gauche. A chaque pansement, on serrait de plus en plus le lien élastique ; mais comme il n'arrivait pas à écraser la tumeur, il décida, le 18^e jour après l'intervention, de l'enlever par amputation. Il se produisit une hémorragie assez forte qui fut arrêtée par le thermocautère et l'application de perchlorure de fer. La tumeur enlevée pesait 930 grammes.

OBS. II. — TRICOMI 2

Une autre fois, il se conduisit tout différemment, il eut encore recours au lien élastique, mais seulement temporaire et dans un but hémostatique. Nous avons rapporté ce cas plus haut. « Tumeur pédiculée du bord droit du foie. Application d'un lien élastique sur sa base d'implantation. Puis on circonscrit 2 lambeaux latéraux de façon à avoir une perte de substance cunéiforme dans le parenchyme restant. On lie trois gros vaisseaux sur la surface de section au moyen de sutures au catgut. On enlève le lien élastique et on abandonne le foie dans la cavité abdominale « que l'on ferme ».

D'autres chirurgiens pratiquèrent l'ablation de la tumeur au bistouri et firent ensuite l'hémostase au catgut.

OBS. III. — LINZ ET ESCHER

Ainsi firent Linz et Escher, dont nous avons reproduit l'observation. Laparotomie. Tumeur de la dimension d'une tête d'homme se détachant de la face inférieure du foie par un large pédicule. Ligature du pédicule. Ablation de la tumeur. Le moignon hépatique saigne. Tentative de suture au catgut des vaisseaux qui saignent. L'hémorragie persiste. Tentative de suture partielle du moignon hépatique à la paroi. Les sutures ne tiennent pas. On abandonne alors le foie dans le ventre. Fermeture.

OBS. IV. — BERGMANN

Bergmann, en 1893, enleva également un adénome pédiculé partant de la face inférieure du lobe gauche du foie, dont le pédicule présentait douze centimètres de largeur et deux d'épaisseur. Ligature du pédicule. Section de la tumeur. Comme Linz et Escher, il fut très gêné par l'hémorragie les sutures qui devaient servir à réunir les bords antérieurs et postérieurs de la capsule de Glisson ne tinrent pas, quoiqu'on se fut appliqué à saisir aussi profondément que possible le parenchyme hépatique. Il ne resta pas d'autre alternative que de saisir sur la surface de résection les vaisseaux les plus gros et ceux qui donnaient le plus de sang et à leur appliquer une ligature médiate. Le procédé était très long et très difficile à exécuter, car les sutures lâ-

chaient toujours. Le pédicule fut divisé en plusieurs pédicules secondaires par un certain nombre d'incisions ; mais ce procédé fit naître une hémorragie qui nécessita une compression par de la gaze iodoformée. Les veines importantes avaient été préalablement liées. Enfin, on thermocautérisa ce qui saignait encore et on recouvrit le tout de gaze iodoformée qui se colla assez fortement à la surface de la résection. On laissa rentrer le foie dans la cavité abdominale. L'incision cutanée fut refermée en laissant libre un espace suffisant pour que la gaze reste visible.

OBS. V. — TOUPET

Récemment enfin, en 1920, le Docteur Toupet opéra un adénome du foie par section simple du pédicule. Mais son procédé d'hémostase fut tout différent. Il plaça avant l'ablation de la tumeur des ligatures préventives autour du point d'implantation. Voici d'ailleurs son compte rendu opératoire : « Laparotomie médiane, sus et sous-ombilicale ; la tumeur apparaît de suite appendue à la face inférieure du foie, masquée complètement par le grand épiploon. Je libère progressivement l'épiploon en sectionnant toutes les adhérences entre deux ligatures.

La tumeur apparaît alors de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Elle est sillonnée de grosses veines et est appendue à la face inférieure du foie près du bord antérieur du lobe droit. Le pédicule

est large de douze centimètres environ et a trois à quatre centimètres d'épaisseur. La tumeur adhère intimement en arrière au petit épiploon. L'ablation paraît possible. Je passe au-dessus du pédicule en pleine substance hépatique six points en U avec du gros catgut pour réaliser l'hémostase préventive. Ces fils sont noués prudemment pour ne pas couper le tissu hépatique.

Section du pédicule. L'hémostase est presque parfaite. On pince seulement deux vaisseaux qui saignent et il ne persiste qu'un très léger suintement de la tranche.

Pour parfaire l'hémostase, je ramène sur la tranche le grand épiploon et le fixe à l'aide des fils d'hémostase préventive laissés longs à dessein. Le ligament suspenseur flotte au voisinage. Je le mobilise et réalise avec fruit un deuxième plan de couverture qui est fixé par le même procédé. L'hémostase est parfaite. Je juge tout tamponnement inutile. Fermeture en un plan au fil de bronze.

II. — ABLATION DE L'ADÉNOME PÉDICULÉ PAR RÉSECTION DE SON POINT D'IMPLANTATION

A ce procédé de section simple du pédicule, dont le principal inconvénient était la difficulté de l'hémostase, certains chirurgiens ont préféré une résection cunéiforme du point d'implantation de la tumeur avec suture des deux lèvres de la plaie hépatique.

OBS. VI. — KEEN

Keen semble avoir employé cette méthode. Il y fut d'ailleurs conduit un peu malgré lui, car il essaya d'abord la section simple du pédicule au thermocautère. Mais il s'aperçut qu'il coupait en pleine tumeur. Aussi fit-il une résection du reste de la tumeur et referma-t-il ensuite les deux lèvres de la brèche hépatique : « Laparotomie, tumeur d'apparence polykystique attenant au foie et débordant son bord droit. Dimensions : 3 pouces et demi verticalement et trois pouces transversalement. A sa base, au point de contact avec le foie, elle mesure deux pouces d'épaisseur. La vésicule adhère juste à son bord interne. Libération de la vésicule. Ablation de la tumeur au thermocautère. Au cours de l'exécution, on dut ligaturer quatre grosses veines avant de les couper. Ayant ainsi sectionné la moitié de la base de la tumeur, Keen s'aperçut qu'il était en pleine tumeur, celle-ci s'avancant dans le parenchyme. A l'aide du pouce, il put l'énucléer facilement sans grande hémorragie. Cette manœuvre laisse la tumeur attachée au bord postérieur du foie. On termine la résection au thermocautère.

La plaie hépatique ressemblait à un moignon d'amputation avec ses deux lambeaux qui furent réunis par cinq points de suture passés profondément au sein du parenchyme hépatique. Fermeture et drainage.

OBS. VII. — DUVAL

Notre maître le Professeur Pierre Duval a pratiqué également une résection hépatique pour tumeur pédiculée du foie en 1920. Il s'agissait d'une jeune fille de dix-sept ans. Après laparotomie, on trouve une tumeur bosselée du volume des deux poings recouvert d'une capsule gris bleuté se détachant par une large base d'un foie dont la couleur et la consistance sont normales. La tumeur est enlevée par petites résections hépatiques. L'hémostase est parfaite.

OBS. VIII. — CECCARELLI

Ceccarelli publia en 1925 un cas identique : Laparotomie : on trouve une tumeur piriforme appendue au bord antérieur du foie en dedans de la vésicule par un court pédicule ; elle est de couleur grisâtre. Le pédicule semble fibreux. Il n'y a pas d'adhérences aux organes voisins, le reste du foie paraît normal. La tumeur est enlevée avec un coin hépatique. Suture de la brèche au catgut. Fermeture sans drainage.

OBS. IX. — GRÉGOIRE (*inédite*)

Enfin, nous avons relaté plus haut l'observation inédite de M. le Professeur Agrégé Grégoire, qui incisa la base du pédicule de l'adénome, enleva une collerette de tissu hépatique et fit un surjet sur la

plaie du foie. L'hémostase fut parfaite et le drainage inutile.

Tels sont les procédés opératoires qui ont été employés contre l'adénome solitaire du foie pédiculé.

B) LA RÉSECTION HÉPATIQUE PARTIELLE

Nous allons maintenant passer en revue les observations publiées de résection hépatique partielle pour adénome non pédiculé. La première en date est celle de Groube, en 1896.

OBS. X. — GROUBE

Tumeur du foie perçue par le malade vingt ans auparavant pour la première fois. Laparotomie par incision oblique parallèle au rebord costal droit. Tumeur livide solidement adhérente au péritoine pariétale siégeant dans le lobe gauche du foie. Dissection au bistouri de la capsule de la tumeur. Ablation à la curette de son parenchyme, qui est friable et mélangé de sang. Ablation des couches périphériques de la tumeur, qui sont plus solides. L'opérateur se trouve alors en présence d'une capsule solide, calcifiée, qui forme limite avec le parenchyme normal du foie. Une hémorragie assez forte provenant des parois de cette cavité oblige au tamponnement avec de la gaze stérilisée. Ligature propre de chacun des vaisseaux isolés qui saignent encore. La cavité, qui a le volume d'une tête d'enfant, est en-

suite fortement tamponnée avec de la gaze iodoformée dont les bouts traversent la plaie extérieure. Suture partielle des téguments.

OBS. XI. — FRANCK KIDD, 1911

Laparotomie ; tuméfaction de la grosseur d'une balle de cricket située dans le lobe droit du foie près de son bord antérieur. L'exploration complète de l'abdomen ne révèle aucune autre néoplasie à laquelle la tumeur puisse être secondaire et on conclut à une tumeur primitive du foie. Ablation de la tumeur avec une bordure de tissu hépatique. Fermeture de la paroi sans drainage.

OBS. XII. — TUHOLSKE

Laparotomie. La vésicule apparaît volumineuse et tendue: Cholécystectomie. La vésicule sectionnée contient de gros calculs et un grand nombre de tout petits. Appendicectomie. Au niveau du foie, on découvre une tumeur circonscrite de contours nets, de consistance ferme, siégeant dans le lobe droit près du bord antérieur.

Deux champs à gastro-entérostomie recouverts de caoutchouc sont placés en haut de la limite supérieure de la tumeur. On enlève la tumeur par une incision allant du bord libre en profondeur, on cautérise la surface de suture au catgut sur aiguille ronde. La section hépatique fut recouverte de gaze io-

doformée suturée contre la face cruentée avec catgut n° 1. Drain.

OBS. XIII. — PH. TURNER

Laparotomie médiane. Cavité péritonéale remplie de sang rouge. Rien à l'utérus ni aux annexes. Par contre, on sent une tumeur dans la partie supérieure droite de l'abdomen, on prolonge l'incision. On découvre une grosse tumeur saillante à la face inférieure du lobe droit du foie. Cette tumeur présente à sa partie la plus saillante une fissure d'environ 3 centimètres d'où s'écoule le sang. Les points de suture coupent le tissu friable dont la consistance est celle du placenta. Une tentative pour boucher la fissure de gaze n'aboutit qu'à l'élargir et à augmenter l'hémorragie. On se décide à réséquer la tumeur au thermocautère. On ne s'étend pas profondément. Elle n'est pas pédiculée, quoique sa base soit rétrécie. Après son ablation la plaie hépatique a la taille de la paume de la main et ne saigne pas. Fermeture de la paroi.

OBS. XIV. — HARTMANN

Incision parallèle au rebord costal droit et à deux travers de doigt au-dessous de lui. Le ventre ouvert, on voit que toute la plaie est occupée par la face convexe du foie: Celui-ci est attiré en dehors et extériorisé. On trouve une tumeur du volume d'une

grosse pomme d'api ; elle est voisine du bord libre du foie, située un peu à gauche du sillon de la vésicule, faisant saillie sur les deux faces supérieures et inférieures et présentant sur la convexité une coloration blanc rougeâtre. On place au large de la tumeur une série d'anses au catgut en U entre-croisées qui étreignent le tissu hépatique. On résèque en coin le bord du foie avec la tumeur. On affronte les bords de la tranche hépatique par une série de points séparés au catgut. Fermeture et drainage.

OBS. XV. — GARNETT WRIGHT

Laparotomie. On trouve une grosse tumeur sphérique du lobe droit du foie, la tumeur n'est pas pédiculée mais profondément enchâssée dans le tissu hépatique. Son volume est celui d'une orange. La vésicule est étalée sur le flanc gauche de cette tumeur. Il existe une deuxième petite tumeur de la taille d'un pois près du bord tranchant du foie au niveau de l'attache du ligament falciforme. L'exploration ne montre aucune autre tumeur ni hépatique ni abdominale. On tente l'ablation. On commence par la cholécystectomie, puis on pratique la résection de la tumeur par section en parenchyme hépatique sain. Les parties profondes de la tumeur tendent à s'énucléer et on achève l'extirpation par énucléation. Ligature des vaisseaux.

Tamponnement de la brèche hépatique trop large pour être suturé. Fermeture de la paroi.

OBS. XVI. — P^r PIERRE DUVAL

Malade de 55 ans présentant depuis 4 ans une tumeur de l'hypocondre droit. Laparotomie. A l'ouverture du ventre la simple inspection ne montre qu'un foie ptosé. On relève le foie et l'on trouve à la face inférieure du lobe gauche, contre le ligament falciforme une tumeur grosse comme une mandarine, rénitente. La surface en est parcourue par des vaisseaux assez dilatés. Son grand axe est antéro-postérieur. Elle s'avance jusqu'au hile du foie. Le foie est retourné face inférieure en haut. L'exploration montre que cette tumeur est solitaire et qu'il n'y a pas de ganglions. Résection triangulaire du parenchyme hépatique sain à un centimètre des confins de la tumeur. La coupe du foie apparaît absolument normale. A l'angle profond de la plaie une artère assez grosse saigne fortement, on met une pince et on ligature. Suture de la brèche hépatique par des points séparés au catgut. Fermeture.

OBS. XVII. — GREY TURNER

Laparotomie. A l'ouverture du péritoine on voit une tumeur lobulée du lobe droit du foie recouverte par l'épiploon adhérent. La tumeur occupe plus de la moitié du lobe droit. L'exploration de la cavité abdominale ne montre nulle part de tumeur primitive ; la masse elle-même n'a l'aspect ni d'une cirrhose, ni d'une gomme. Pendant ces constatations,

un examen histologique extemporané sur fragments congelés établit qu'il s'agit d'une tumeur hépatique probablement peu maligne. On décide l'exérèse. On fait une résection cunéiforme en plein tissu hépatique. Après la ligature du canal cystique et des vaisseaux on place un léger clamp à estomac sur le côté de l'incision proposée.

Une série de points séparés au gros catgut furent passés dans le tissu hépatique, parallèlement à l'incision proposée et attachés. Une incision fut pratiquée d'un côté de la tumeur et les branches de l'artère hépatique pincées et liées. Le suintement sanguin fut contrôlé par simple pression. On procède de la même façon du côté opposé. Les côtés de la plaie furent rapprochés et tenus en place par quatre points interrompus au catgut qui enfouissaient les sutures hémostatiques. Il persista un peu de suintement de la paroi postérieure. On tamponne avec de la gaze. Drainage avec un tube de caoutchouc, fermeture de l'abdomen.

·OBS. XVIII. — P^r PIERRE DUVAL (*inédite*)

Nous l'avons rapportée plus haut ? Incision latérale droite. Le bord inférieur du foie apparaît et on aperçoit à l'union du lobe gauche et du lobe carré débordant le bord inférieur du foie le pôle inférieur d'une tumeur. Elle est arrondie, et du volume approximatif d'une petite mandarine. On pratique la résection cunéiforme en passant à distance de la tu-

meur. On sectionne le parenchyme hépatique progressivement, en plaçant préventivement des points en chaîne au catgut. La section terminée les deux tranches hépatiques ne saignent pas. Il reste approximativement un point de parenchyme hépatique de 3 centimètres de largeur qui pédiculise en quelque sorte ce qui reste du lob gauche et qui est située au niveau du bord postéro-supérieur du foie. On laisse un drain et une petite mèche. Fermeture en trois plans.

C) L'ÉNUCLÉATION SIMPLE.

OBS. XIX. — D^r LAURENT et OZENNE

Nous avons rapporté plus haut une observation typique que nous avons pu retrouver, la voici en résumé :

Laparotomie.

Découverte de la tumeur.

Incision du foie.

Découverte du plan de clivage.

Enucléation.

Fermeture et drainage de la paroi.

Fermeture et drainage de la paroi.

OBS. XX. — MOUCHET

Nous y ajoutons le cas opéré par M. le Docteur Mouchet et étudié histologiquement par Cayla et

Huguenin. Il s'agissait d'un nourrisson de 8 mois. Chloroforme, laparotomie. A l'ouverture du ventre il n'y a pas d'écoulement de liquide mais on trouve une tumeur qui fait corps avec la face inférieure du foie dans sa partie moyenne et dans son segment antérieur. Elle est du volume d'une grosse orange de consistance ligneuse et de surface lisse blanchâtre. Elle est parcourue par d'énormes vaisseaux superficiels et ne présente aucune adhérence. L'énucléation est assez difficile. Aux ciseaux et à la compresse on la sépare du foie et de la vésicule biliaire sans aucune difficulté. Les tissus paraissent différents sans liaison vasculaire ni parenchymenteuse. La paroi est refermée en deux plans sans drainage.

CHAPITRE VI

Les Résultats

Afin de discuter et de poser en connaissance de causes les indications opératoires dans les adénomes solitaires du foie, il nous est indispensable d'étudier les résultats obtenus par les chirurgiens ayant opéré ces tumeurs. Nous avons réuni vingt observations que nous avons rappelées, d'adénomes du foie opérés y compris les deux cas inédits que nous publions. Envisageons tout d'abord ces résultats d'une façon globale. Sur vingt cas opérés nous trouvons ainsi 10 guérisons opératoires s'opposant à 10 cas de mort. La mortalité est donc considérable. Elle s'élève à 50 %. Il s'agit donc, sinon d'une affection grave par elle-même, du moins d'une intervention redoutable. Poussant un peu plus loin notre enquête nous allons juxtaposer les résultats obtenus pour les différentes variétés d'adénomes du foie.

Adénomes pédiculés : neuf cas opérés.

Résultats obtenus : quatre guérisons, cinq morts.

Adénomes non pédiculés : onze cas opérés.

Résultats obtenus : six guérisons, cinq morts.

Par méthodes opératoires :

1° PAR SECTION DU PÉDICULE.

a) simple : 5 cas.

2 guérisons (Tricomi, obs. 2), Bergmann.

3 morts (Linz et Escher, Tricomi, obs. 1, Toupet).

b) avec résection : 4 cas.

2 guérisons (Keen et Grégoire).

2 morts (Duval observ. 14), Seccarelli).

2° RÉSECTION HÉPATIQUE PARTIELLE.

Neuf cas : 5 guérisons (Tuholske, Hartmann, Grey Turner, Garnett-Wright, Duval (obs. 16).

4 morts (Groube, Frank Kidd, Duval (obs. VII), Ph. Turner).

3° ÉNUCLÉATION :

Deux cas : 1 guérison (Laurent).

1 mort (Mouchet et Huguenin).

Au premier abord la mortalité apparaît donc considérable. En réalité, les résultats ne sont pas si mauvais. Il y a, a-t-on dit, deux façons de déguiser la vérité : le mensonge et les statistiques. Eh bien

cet aphorisme se trouve vérifié une fois de plus. En effet, il ne faut pas considérer les faits dans leur brutalité mais bien au contraire, il faut sérier les cas et savoir interpréter les résultats obtenus. Ainsi serons-nous conduit à distinguer deux catégories de cas dans les résultats fâcheux :

a) Ceux où la mort peut être imputée à l'acte opératoire.

b) Ceux où les malades ont été victimes de la variété histologique de leur tumeur.

Le déchet opératoire, ses causes et ses palliatifs.

Nous considérons comme liées à l'acte opératoire les observations dans lesquelles les malades sont décédés dans les heures où les jours qui suivent immédiatement l'intervention. Dans ces conditions sur vingt cas opérés, nous trouvons cinq morts, nous sommes donc déjà bien loin des cinquante pour cent d'insuccès. Sur ces cinq cas, nous trouvons deux décès par hémorragie, le premier de Linz et Escher 1887. Nous avons déjà étudié cette observation, la mort par hémorragie dans ce cas est due au fait qu'à cette époque les procédés d'hémostases hépatiques n'étaient pas encore au point. Ils n'avaient été étudiés et n'étaient connus que par un petit nombre de chirurgiens. Le second cas de mort par hémorragie est celui de Ph. Turner.

Peut-on, véritablement, considérer ces insuccès comme dus à la résection partielle du foie puisqu'il

s'agissait d'une femme jeune, saignée à blanc, chez laquelle on pensait à une rupture de grossesse tubaire. Evidemment le shock opératoire n'était pas fait pour améliorer son état, mais il était indispensable puisque le diagnostic d'hémorragie interne avait été posé.

Deux malades succombèrent au shock opératoire ou à l'insuffisance hépatique aiguë. L'une était une jeune fille de dix-sept ans opérée par le professeur Duval ; elle mourut 22 heures après l'intervention sans hémorragie interne. Or, l'étude histologique de la pièce enlevée montra qu'il ne s'agissait pas d'un adénome pur du foie mais d'une lésion intermédiaire entre cet adénome et la cirrhose hérédosécifique. Il est permis de se demander si le reste du parenchyme hépatique n'était pas, au moins histologiquement, atteint d'hépatite ou de sclérose ; ce qui expliquerait le dénouement rapide. L'autre malade était un nourrisson de huit mois qui présentait un état général très mauvais, qui avait eu une hématurie la veille de l'intervention et qui fut endormi au chloroforme. L'enfant mourut deux heures après l'intervention, il présentait de plus un adénome de la surrénale.

Enfin un malade succomba à une complication post-opératoire imprévisible, c'est celui de Frank Kidd. L'opération avait été très simple, elle s'était passée sans incidents, les suites opératoires étaient bonnes. Mais une vague de chaleur fait de nombreuses victimes au London Hospital et le malade meurt d'un coup de chaleur, le 10 juillet.

À l'autopsie, on trouve un peu de sang et une réaction péritonéale fibreuse autour de la plaie hépatique. On cherche avec beaucoup de soins et on ne trouve aucuns signes de néoplasie dans les viscères abdominaux. Tous les organes étant normaux, il est impossible de trouver la cause de la mort. Il s'agissait d'un homme de cinquante-sept ans.

En somme, sur cinq cas mortels, l'un est accidentel, un autre est dû à une insuffisance de technique, un troisième peut relever d'une cause adjuvante importante (adénome concomitant de la surrénale). Il reste deux cas où vraiment la mort peut être attribuée à l'importance de l'intervention. La mortalité opératoire ne devrait donc aujourd'hui jamais dépasser 10 % ; ce qui fait que l'intervention, résection hépatique partielle, le plus souvent, n'est relativement pas trop shockante. Et l'on peut admettre qu'à notre époque le pronostic immédiat doit être considéré comme bon. La principale complication précoce à redouter c'est l'hémorragie. Mais il appartient aux chirurgiens de la prévenir et c'est chose relativement facile avec les techniques bien réglées que nous possédons actuellement. De nombreux procédés d'hémostases ont été décrits. Nous les citerons simplement sans nous y attarder.

Nous en distinguerons trois sortes :

1° Préventive;

2° Immédiate;

3° Définitive.

1° *L'hémostase préventive* est facile à réaliser, elle peut se faire par compression ou par ligatures. La compression peut porter sur le pédicule hépatique lui-même. Cette compression doit être temporaire naturellement? C'est un procédé qui tente à être complètement abandonné de nos jours. Certains ont eu recours, de nos jours, à la compression du tissu hépatique lui-même de chaque côté de la tumeur. On a fait faire de la compression manuelle du foie par un assistant. On a également comprimé le foie de part et d'autre de l'adénome avec des clamps à gastro-entérostomie garnie de caoutchouc.

Mais le meilleur moyen préventif c'est certainement la ligature en masse du foie au catgut. Pour ceci on passe profondément dans le parenchyme hépatique des points au catgut en chaîne que l'on serre très modérément à cause de la friabilité du tissu hépatique. Des points séparés suffisent d'ailleurs le plus souvent et point n'est besoin de s'embarrasser à pratiquer les techniques compliquées préconisées par Terrier et Auvray ou par Kousnetzoff et Pensky.

2° *L'hématose immédiate* est celle qu'on doit pratiquer. Lorsque après section ou résection d'une tranche hépatique, on voit saigner un ou plusieurs vaisseaux isolés.

Autrefois on la réalisait au moyen d'un attouchement de la région saignant avec thermocautère. C'est un bon procédé mais qu'il vaut mieux éviter.

Aussi simple est de pincer le vaisseau qui saigne

avec une pince à forci pressure et de lier au catgut. C'est une chose qui est bien connue depuis Kousnetzoff et Pensky. Ces auteurs ont montré qu'au besoin pour faire la ligature il était possible de dénuder le vaisseau hépatique sur une longueur suffisante en exerçant sur lui de légères tractions auxquelles il résistait toujours.

Dans les cas où l'hémostase semble difficile à réaliser complètement, où, après ligature, un suintement sanguin persiste sur la tranche de section hépatique, on peut recourir au tamponnement. Ce tamponnement doit être assez serré et fait de préférence à l'aide de mèches de gaze iodoformée.

3° *L'hémostase définitive* qui repose sur des faits expérimentaux est celle que l'on préfère aujourd'hui.

En effet, on a constaté que dans les cas d'hémostase insuffisante d'une tranche hépatique, il suffisait de mettre en contact avec elle l'autre tranche de tissu hépatique sans les accoler fortement.

Cette constatation fondamentale a été le point de départ de la résection cunéiforme pour les hépatectomies partielles. En effet, après avoir fait l'ablation en coin de la portion malade du foie, on n'a qu'à rapprocher les deux bords de la solution de continuité jusqu'à ce qu'ils arrivent au contact l'un de l'autre, et à assurer ce contact à l'aide de fil en anse traversant le tissu hépatique de part en part, à droite et à gauche de la brèche, à une certaine distance

en dehors. On les serre modérément pour ne pas déchirer le tissu hépatique.

Quelques auteurs ont ajouté, pour avoir une sécurité encore plus grande, une épiplooplastie, à la suture, et on passe les fils avec une pince dans le tablier épiploïque.

Grâce à cette mise au point de la technique opératoire, l'hémostase est aujourd'hui rigoureuse et on ne doit plus voir d'hémorragie après l'intervention. C'est un très gros progrès, car l'hémorragie reste, malgré tout, la plus redoutable des complications post-opératoires.

Les autres complications peuvent également être évitées dans une certaine mesure par une préparation et des soins post-opératoires minutieux. Grâce à un régime approprié, grâce à un traitement médicamenteux et énergique, il est possible d'amener le malade à l'intervention en état de résistance maxima. C'est l'insuffisance hépatique aiguë qu'il faut redouter le plus après l'hémorragie, c'est dire la nécessité d'une exploration complète des fonctions hépatiques par des méthodes appropriées. Même si ces dernières sont nombreuses, il ne sera jamais inutile d'administrer, pendant les quinze jours qui précèdent l'intervention, de l'extrait hépatique au malade. On pourra également l'alimenter avec du foie de veau cru et divisé, de préférence, et y ajouter des hémostatiques, depuis le chlorure de calcium jusqu'à l'anthéma.

Enfin, on évitera l'anesthésie au chloroforme.

Toutes ces conditions sont facilement réalisables et contribueront énormément à diminuer les risques opératoires. Ainsi, grâce à toutes ces précautions, la mortalité opératoire qui, jusqu'alors, atteignait le pourcentage de 25 %, tendra-t-elle à disparaître définitivement.

Les résultats tardifs

Nous allons maintenant étudier les résultats à longue échéance des opérations pour adénome solitaire du foie. Nous avons vu que 75 % des malades pouvaient être considérés comme guéris opératoirement. L'étaient-ils tous définitivement ? Malheureusement non. Un certain nombre d'entre eux succombèrent tardivement à des échéances variant entre six mois et trois ans et demi. La cause en était la récurrence locale ou à distance, mais toujours dans le foie. C'est qu'en effet, la variété histologique de l'adénome solitaire commande le pronostic tardif de l'affection. Et sur les quinze sujets qui survécurent à l'intervention, cinq moururent de cancer hépatique ultérieur.

Ces malades étaient déjà porteurs lors de l'intervention d'un adénome trabéculaire malin ou à tendance maligne constaté histologiquement.

Le malade de Tricomi, qui avait été opéré d'un adénome malin pédiculé du lobe gauche du foie par simple section du pédicule, put continuer son métier de forgeron pendant trois ans sans souffrir. Au

bout de ce temps apparaît une tuméfaction de l'hypocondre droit et de l'ascite. Il meurt trois ans et demi après l'intervention. A l'autopsie, on trouve un adéno-carcinome du foie.

Le malade de Toupet, opéré d'un adénome trabéculaire du lobe droit par section simple du pédicule de la tumeur, meurt un an et demi après l'intervention. A l'autopsie, on trouve un cancer nodulaire du foie sans aucune autre lésion néoplasique, viscérale, pourtant recherchée avec soin.

Seccarelli, qui avait opéré un adénome pédiculé du lobe gauche du foie, perdit son malade de cancer du foie avec métastases multiples trois ans après l'intervention. C'est le seul cas que nous avons pu trouver de métastases viscérales néoplasiques après adénome solitaire du foie.

Groube, qui réséqua un adénome du lobe gauche du foie, perdit son malade d'adéno-carcinome du foie un an après l'opération. Ce cas est particulièrement intéressant au point de vue dogmatique, car c'est un des rares cas où l'on ait pu suivre l'évolution des adénomes trabéculaires du foie. Pendant vingt ans, la tumeur hépatique est stationnaire. Puis elle engendra quelques troubles qui justifèrent une intervention. Un an après, le sujet mourait de cancer du foie.

Enfin, c'est seulement six mois après l'intervention que notre maître, le Professeur Pierre Duval, vit mourir la malade à qui il a réséqué un adénome trabéculaire du lobe gauche du foie dont il a bien

voulu nous confier l'observation. Que faut-il conclure de ces récidives tardives ? Tout d'abord, il faut constater qu'elles sont malheureusement bien fréquentes. En effet, sur sept cas d'adénomes trabéculaires diagnostiqués histologiquement, on trouve cinq cas de récidive mortelle ; ensuite, qu'elles sont difficilement prévisibles. Enfin, il faut conclure qu'il faut tout faire pour les éviter, et il semble bien que pour certains cas tout au moins le chirurgien soit suffisamment armé.

Il faut, pour les éviter, que le chirurgien considère, comme un cancer, tout adénome solitaire qui n'est pas facilement énucléable et n'est pas séparé du tissu hépatique normal par un plan de clivage facile à suivre. Par conséquent, dans ces cas, il doit se conduire comme s'il était en présence d'un cancer opérable. Il doit donc suivre la ligne de conduite qu'on doit suivre en pareil cas, c'est-à-dire enlever la tumeur en passant au large d'elle, en tissu sain. Dans le cas particulier, quelle que soit la morphologie de l'adénome, quel que soit son siège, il doit faire une résection hépatique cunéiforme. S'il s'agit d'un adénome pédiculé, qu'il ne se contente pas de sectionner purement et simplement le pédicule, mais bien plutôt qu'il passe au large du point d'implantation et qu'il fasse une résection hépatique, car la tumeur a peut-être essaimé dans les régions limitrophes. S'il s'agit d'un adénome non pédiculé, qu'il ne craigne pas de faire une résection hépatique large.

On peut se demander en effet si, en faisant une résection hépatique plus large ou même en pratiquant hardiment l'ablation du lobe gauche du foie, Seccarelli, Groube et notre maître, M. le professeur Duval, n'eussent pas sauvé leurs malades.

Evidemment, cette éventualité est des plus problématiques, mais en matière de cancer on a le droit d'être audacieux.

D'autant plus que cette méthode de résection hépatique large a fait ses preuves. Il existe en effet deux observations d'adénome trabéculaire à tendance maligne qui ont parfaitement guéri. Ce sont celle de Garnett Wright et celle de Grey Turner.

Grey Turner résèque largement un adénome trabéculaire à tendance maligne qui occupait près de la moitié du lobe droit du foie. Son malade guérit.

Garnett Wright guérit également un malade âgé de 60 ans, en réséquant sa tumeur profondément enchâssée dans le lobe droit du foie. Avec les techniques actuelles, cette opération n'est pas trop shockante. Elle est facile à réaliser. Elle est donc fortement indiquée. Sans doute ne réussira-t-on pas toujours, du moins le chirurgien aura-t-il tenté tout ce qui était en son pouvoir.

En somme, les résultats tardifs sont les suivants :

1° Pour le dysembryome hépatique simple, sur huit cas guéris opératoirement, huit guérisons complètes et durables.

2° Pour les adénomes trabéculaires à tendance maligne, sur sept cas guéris opératoirement, cinq

sont morts par récurrence hépatique. Il y a deux guérisons complètes et durables, et cela est déjà un résultat remarquable.

De l'ensemble de notre étude, nous gardons jusqu'ici l'impression que la chirurgie de l'adénome du foie a passé par deux phases bien différentes : la première, encore récente, où l'hémostase rigoureuse du foie était le problème capital ; la seconde, plus moderne, où la possibilité de récurrence locale est le point dominant

Aussi est-ce à l'étude de ce point particulier que nous allons nous attacher maintenant, en discutant en connaissance de causes les indications opératoires dans l'adénome solitaire du foie.

CHAPITRE VII

Les Indications Thérapeutiques

Faut-il opérer tous les adénomes du foie ? Voici une question qui ne se posera en pratique que bien rarement. En effet, nous avons insisté plus haut tout d'abord sur la rareté de l'affection, puis sur la difficulté, voire même l'impossibilité du diagnostic clinique. Aussi, dans la règle, est-ce sur la table d'opération même, une fois le ventre ouvert, qu'on trouvera l'adénome et qu'on se demandera : dois-je refermer purement et simplement ou bien dois-je enlever la tumeur ?

Eh bien, à moins d'une contre-indication formelle, sur laquelle nous reviendrons un peu plus loin, il ne faut jamais hésiter. Chaque fois que la tumeur sera opérable, il faut tenter l'ablation. Pourquoi ? Les quelques considérations d'ordre anatomo-pathologique et clinique que nous avons développées plus haut l'expliquent suffisamment.

Tout d'abord, on ne sait, et on ne peut savoir, si on n'a pas affaire à un cancer à son stade local. Et, dans cette conjoncture, ce serait une grosse faute professionnelle que de ne pas tenter de faire tout ce qui nous est possible pour sauver un sujet qui, sans intervention, est certainement perdu.

Et même si l'adénome en est encore au stade de bénignité histologique, l'état de nos connaissances ne nous apprend-il pas qu'il constituera un véritable point d'appel à la cancérisation. C'est un véritable état pré-cancéreux, et Cathala a eu le mérite de bien mettre ce point en évidence.

Enfin, en supposant, ce qui est imprévisible, que l'adénome en restera toujours au stade de bénignité, le chirurgien a le droit et le devoir de l'enlever quand même. L'adénome même bénin, le dysembryome hépatique simple est tout à fait capable d'entraîner des troubles suffisamment sérieux pour justifier son ablation. Nous avons noté plus haut l'état de cachexie de certains malades ; nous avons noté la diversité des troubles qu'ils présentent, troubles assez intenses pour empoisonner leur vie quotidienne, d'autant plus que des complications redoutables peuvent survenir. Nous avons vu en effet le malade de Ph. Turner conduit au chirurgien avec un syndrome d'hémorragie interne formidable nécessitant une intervention d'extrême urgence qui, malheureusement, ne put le sauver.

Toutes ces considérations sont donc suffisantes pour justifier les risques que fait courir au malade

une intervention portant sur le foie. Nous sommes donc bien loin d'adopter les conclusions du professeur Lecène, qui écrit : « Il ne faut entreprendre ces interventions que si elles sont d'exécution aisée, sinon on fera courir au malade un risque tout à fait disproportionné avec le danger en somme très minime que représente pour lui cette tumeur bénigne ». Quand faut-il opérer ? Mais le plus tôt possible. Pour nous, le diagnostic de tumeur du foie justifie à lui seul l'opportunité d'une laparotomie exploratrice. C'est ainsi le véritable traitement prophylactique du cancer du foie.

Même si la tumeur ne détermine aucun trouble, il est plus sage d'intervenir. En effet, des années de bénignité ne mettent pas à l'abri de la dégénérescence néoplasique. Bien au contraire, plus on va et plus on doit le redouter. Le cas de Groube est des plus instructifs à cet égard. Le malade connaissait sa tumeur depuis vingt ans, mais elle ne le gênait en rien. Ce n'est que très tardivement qu'apparurent des douleurs, des troubles digestifs, qui le décidèrent à l'opération. Mais il était trop tard, et il mourut quelque temps après l'opération de cancer du foie.

Une fois le ventre ouvert, que faut-il faire ? Comme presque toutes affections chirurgicales, c'est affaire de cas. Il faut connaître les diverses méthodes, mais surtout il faut savoir les appliquer aux cas qui leur conviennent. Avant de préciser celles qui nous paraissent rationnelles, nous dirons quelques mots

des contre-indications formelles à l'ablation de la tumeur.

Avant l'intervention, le mauvais état général n'est pas une contre-indication. Tout au plus devra-t-il inciter à la prudence et un traitement diététique et médicamenteux devra être rigoureusement suivi.

Par contre, l'insuffisance hépatique marquée, constatée cliniquement ou par les tests biologiques, doit faire rejeter complètement l'intervention. Nous savons que cette éventualité est très rare en cas d'adénome solitaire du foie.

Lors de l'intervention, il existe quelques contre-indications tirées du siège, du volume, de la multiplicité possible de l'adénome ou de la présence de ganglions. Par exemple, le siège profond de l'adénome dans la portion médiane du foie aux confins de l'arrivée du pédicule vasculaire du foie est une contre-indication formelle, car on ne peut prévoir le nombre et l'importance des vaisseaux hépatiques qui seront forcément liés au cours de l'intervention, et on s'exposerait ainsi à la nécrose du foie et à l'insuffisance hépatique aiguë. De même, l'existence de noyaux durs et limités, multiples, dans le parenchyme hépatique, contre-indique l'ablation de la tumeur principale.

En effet, on opère pour éviter la dégénérescence cancéreuse et, dans cet ordre d'idées, il faudrait enlever tout ou rien. Cette conjoncture est rare dans l'adénome qu'on a surnommé pour cela solitaire. Néanmoins, s'il existe un second petit noyau et

qu'on en trouve aucun autre, l'ablation de la tumeur principale est encore justifiée.

Le volume de la tumeur peut contre-indiquer toute tentative d'exérèse, même si on a affaire à une tumeur énucléable. Le meilleur exemple en est le cas observé par Lecène en 1911. Après laparotomie, il trouve chez une femme de 28 ans une tumeur solide, circonscrite, du volume des deux poings, lobulée, de couleur grisâtre, de consistance élastique, faisant saillie à la surface du foie. Il n'osa intervenir. Cette abstention peut sembler discutable, mais à notre avis elle est parfaitement justifiée. Il n'en serait d'ailleurs pas de même en cas de volumineuse tumeur pédiculée. En effet, toute tumeur pédiculée, si volumineuse soit-elle, est justifiable d'exérèse.

Enfin, la présence de ganglions, nettement augmentés de volume au niveau du hile du foie, peut constituer une contre-indication formelle à tout essai d'ablation de la tumeur. Encore tout dépendra-t-il de l'aspect, du volume et du siège de l'adénome. Nous avons en effet retrouvé une publication de Michaux sur ce sujet. Cet auteur, au cours d'une laparotomie exploratrice, découvrit deux ou trois noyaux solides, irréguliers, blanchâtres, à la surface du foie. Il examina le hile du foie et il trouva des ganglions engorgés. Il conclut donc au cancer et referma purement et simplement. Or, deux ans et demi après l'intervention, sa malade se portait très bien.

L'adénome étant jugé opérable, que faut-il fai-

re ? En principe, il faut l'enlever, mais largement. Il faut faire passer la section hépatique en tissu sain, à distance de la périphérie de la tumeur. C'est le véritable moyen d'éviter dans la mesure du possible la redoutable éventualité qu'est la récurrence.

Pour le lobe droit : Section du pédicule en parenchyme sain

C'est la crainte d'un cancer ultérieur qui doit guider le chirurgien. Dans un premier ordre de faits, il s'agit d'un adénome pédiculé. Dans des cas semblables on ne saurait, étant donné les notions que nous avons adoptées, se contenter de sectionner simplement le pédicule de la tumeur. Evidemment cette section simple suffirait au cas de dysembryome hépatique, mais nous avons vu que le diagnostic entre les deux variétés d'adénome solitaire était dans la règle impossible à l'examen microscopique. Aussi dans la pratique faut-il bien plutôt réséquer en coin le point d'implantation de la tumeur, afin de faire passer la section hépatique en tissu sain. Ceci au moins pour les adénomes pédiculés du lobe droit. Malheureusement, jusqu'ici, cette méthode n'a pas donné de résultats encourageants ; Sur deux adénomes à tendance maligne pédiculés, opérés avec résection du point d'implantation on a obtenu deux succès complets ; un décès attribué à l'insuffisance hépatique aiguë, vingt heures après l'inter-

vention, une récurrence hépatique trois ans après l'intervention.

Ces cas malheureux ne permettent d'ailleurs en aucune manière de rejeter la méthode. La résection en tissu sain est une opération absolument rationnelle d'une part, et d'une technique bien réglée d'autre part. Aussi, à notre avis, doit-elle être toujours employée.

On peut se demander si Tricomi et Toupet n'auraient pas guéris leurs malades si au lieu de s'en tenir à la section simple du pédicule ils avaient tenté de réséquer le point d'implantation de l'adénome malin qu'ils observaient. Ceci n'est pas certain évidemment, mais nous avons le droit de poser la question.

Donc, en principe, dans les adénomes, pédiculés, jamais de section simple du pédicule, toujours sectionner en parenchyme hépatique ; soit à quelque distance du point d'implantation de la tumeur tout au moins pour les adénomes du lobe droit ; pour ceux du lobe gauche on pourrait peut-être tenter une intervention plus large encore plus radicale sur laquelle nous reviendrons plus bas : l'ablation pure et simple du lobe gauche du foie.

Que faire en présence d'un adénome non pédiculé ? Il ne peut être question d'appliquer la méthode de Dévé qui, comme le dit notre Maître le Professeur Duval, apparaît quelque peu surprenante. Elle consiste à l'évacuation à l'aide d'une large curette mousse, de la masse adénomateuse jusqu'à la capsule

fibreuse. Ce curage est complété par un formolage de la cavité ainsi produite, formolage qui suffirait à détruire les débris adénomateux restés adhérents à la capsule est susceptible d'amener une récurrence locale ou une dégénérescence.

On terminerait par le capitonnage de la cavité et sa suture avec drainage. Pour notre part, nous doutons que ce formolage puisse suffire à stériliser la tumeur. Aussi ne signalons-nous cette méthode qu'à titre documentaire.

Nos préférences vont à l'énucléation et à la résection hépatique cunéiforme. Ces deux méthodes bien différentes, sont loin de s'opposer. Bien au contraire, elles ont des indications précises. Tout dépend de l'anatomie macroscopique de l'adénome. Y a-t-il une capsule nette, entourée d'un plan de clivage? L'énucléation s'impose par sa simplicité. Mais on ne la pratiquera qu'à la condition stricte que l'adénome soit entièrement énucléable, facilement décollable du parenchyme hépatique sur toute son étendue et qu'il ne reste aucun débris adénomateux visible macroscopiquement sur la paroi interne de la cavité ainsi formée.

Mais de telles conditions sont rarement réalisées. La meilleure preuve en est que nous n'avons pu recueillir que trois observations d'adénomes énucléables (Lecène, Mouchet, Laurent).

Le plus souvent l'on a affaire à un adénome nettement enkysté mais non entouré d'un plan de clivage. Dans ces cas, la résection hépatique partielle

cunéiforme s'impose. Tout au moins lorsqu'il s'agit d'un adénome du lobe droit du foie. Sa seule contre-indication est le gros volume de la tumeur. Nous nous sommes suffisamment expliqués sur ce point. On peut aussi pratiquer cette résection cunéiforme au cas d'adénome du lobe gauche. Mais les résultats pour les adénomes du lobe gauche sont loin d'être brillants ou même encourageants. Bien souvent en effet, on a observé une récurrence ou un essaimage local ultérieur et le malade a-t-il succombé quelques mois après l'intervention, à un cancer du foie.

Nous n'en voulons pour exemple que les trois cas de Tricomi, Groube et le nôtre inédit. Nous les rappellerons brièvement.

Tricomi, chez un malade de 27 ans avait trouvé un adénome pédiculé, développé aux dépens de la face inférieure du lobe gauche du foie. Il extériorisa la tumeur, plaça un lieu élastique à sa base, le serra progressivement les jours suivants, et amputa la tumeur le 18^e jour.

Trois ans et demi après le malade mourait et l'on trouvait à l'autopsie un adéno-carcinome du foie.

Groube trouva à l'intervention un adénome non pédiculé du lobe gauche. Il le réséqua, un an après son malade mourait de cancer du foie.

Enfin, le Professeur Duval, et nous mêmes, avons observé un adénome solitaire du lobe gauche. M. Duval fit une résection hépatique étendue, allant en arrière assez loin ; elle laissait au dessus d'elle une

pose de parenchyme hépatique de trois cm. de largeur, qui pédiculisait ce qui restait du lobe gauche, et qui était situé au niveau du bord postéro-supérieur du foie. Six mois après, le malade mourait de cancer du foie. La constatation de tels cas nous paraît singulièrement suggestive et n'a pas été sans nous impressionner vivement. Elle nous a amené à conclure que dans ces trois cas l'étendue de la résection hépatique avait été nettement insuffisante ce qui a permis le développement ultérieur de la tumeur maligne.

Ceci est évident pour le cas de Tricomi qui se contenta de lier le pédicule de l'adénome. Ceci est difficilement discutable pour l'observation de Groube et du Professeur Duval. Nous avons vu en effet la fréquence, en cas d'adénome trabéculaire, de la présence de bourgeons tumoraux dans la lumière des veines intra-hépatiques péri-tumorales. Si on n'a pu réséquer largement, ces bourgeons sont l'amorce de récurrence locale ou d'essaimage dans le reste du foie. C'est ce qui a lieu sans doute dans ces deux observations.

En résumé, ces cas prouvent que toute résection hépatique partielle pour adénome du lobe gauche doit être très large, très étendue pour pouvoir espérer une guérison définitive. Cependant, il nous a semblé que cette résection hépatique large du lobe gauche du foie, pouvait avoir des inconvénients réels et même redoutables. Et c'est l'étude approfondie de notre cas qui nous a révélé cet écueil. Nous

avons été frappé de ce fait que l'intervention pratiquée par le Professeur Duval n'avait été suivie d'aucune amélioration. Bien au contraire, le cas de la malade s'était rapidement aggravé. Nous nous sommes demandés pourquoi.

La première hypothèse que nous avons envisagée fut la suivante : nous avons considéré que l'ablation de la tumeur avait donné un coup de fouet à la néoplasie, et provoqué un essaimage rapide des bourgeonnements néoplasiques qui occupaient les veines intra-hépatiques. Cette hypothèse contient certainement une grande part de vérité puisque la malade succombait six mois plus tard à un cancer du foie. Mais à cette hypothèse s'ajoute une autre cause possible qui elle, expliquerait mieux l'absence totale d'amélioration après l'intervention. Nous voulons parler de la nécrose progressive post-opératoire du lobe gauche du foie.

En effet, après résection de la tumeur seul un pont hépatique de trois cm. de largeur reliait le lobe droit du foie à ce qui restait du lobe gauche. Ce lobe gauche était véritablement pédiculisé. Il est donc tout à fait possible et même probable, qu'il était insuffisamment vascularisé et par conséquent qu'il se soit rapidement nécrosé, déterminant des phénomènes toxiques de résorption. Malheureusement, nous n'avons pu vérifier l'état anatomique du foie puisque l'autopsie a été refusée.

En conclusion, nous nous trouvons en face d'un dilemme. D'une part, il faut à coup sûr, dans l'intérêt

du malade, faire une résection large du lobe gauche, d'autre part, cette intervention risque de n'être pas suffisante histologiquement et d'être dangereuse par la toxémie qu'elle peut déterminer.

Telles sont les raisons qui nous ont conduites à penser qu'une opération plus étendue, l'ablation complète du lobe gauche du foie en l'espèce, serait des plus rationnelle à condition qu'elle soit réalisable au triple point de vues anatomique, physiologique et chirurgicale.

L'ablation totale du lobe gauche du foie

I. POINT DE VUE ANATOMIQUE.

Anatomiquement, le foie est divisé en deux lobes, droit et gauche, du moins superficiellement. Le lobe gauche comprend toute la portion de cet organe qui se trouve à gauche de l'insertion du ligament falciforme pour la face supérieure, toute la portion qui se trouve à gauche du sillon longitudinal gauche pour la face inférieure. Les deux lobes qui sont égaux chez l'embryon sont inégaux chez l'adulte. Le lobe gauche occupe l'épigastre et l'hypocondre gauche. Il commence à plusieurs centimètres de la ligne médiane. Il est beaucoup plus petit que le lobe droit. Son poids moyen pour un foie de 1.500 grammes est de 300 grammes environ, mais son développement est des plus variable suivant les sujets. Sa longueur peut varier de 5 à 13 centimètres.

L'étude de sa vascularisation est d'un point d'importance capitale pour l'intervention que nous proposons. En effet, on ne doit réaliser celui-ci que si l'on est absolument certain de ne troubler en rien la vascularisation du reste de l'organe.

Or, il apparaît indiscutable qu'il existe une indépendance anatomique complète, reliquat de la dualité embryologique entre le lobe gauche et le lobe droit, du moins au point de vue musculaire.

Déjà macroscopiquement, cette dualité apparaît. Le lobe gauche est vascularisé par la branche gauche de la veine Porte et celle identique de l'artère hépatique.

Or, expérimentalement on a pu démontrer la spécificité de chacun des vaisseaux intra-hépatiques en poussant des injections aqueuses dans le tronc Porte. On constate que les départements hépatiques irrigués par les veinules porte ont une indépendance relative, chaque branche ayant son territoire propre et exclusif. De plus, si l'on injecte simplement la branche droite de la veine Porte, on constate que le lobe gauche ne s'injecte pas du tout et réciproquement.

Par contre, les différents vaisseaux d'un même lobe s'anastomosent entre eux mais d'une façon très minime, par des capillaires périlobulaires. Ces notions ont été confirmées par Sérégé qui apporta à la Société anatomique de Bordeaux les territoires vasculaires de chaque lobe étaient nettement mis en évidence et parfaitement limités.

Nous mêmes avons injecté quelques foies humains avec une substance opaque nous les avons fait radiographier. Il est hors de doute que les territoires vasculaires sont nettement individualisés et que si il y a anastomose entre les vaisseaux d'un même lobe, les branches vasculaires du lobe droit et du lobe gauche sont nettement indépendantes. En conséquence nous en concluons qu'ou point de vue anatomique le lobe gauche est extirpable.

2. POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE.

Etudions donc, maintenant, le point de vue physiologique. Le foie est un organe indispensable à la vie et son bon fonctionnement est absolument nécessaire. Aussi peut-on se demander jusqu'à quel point l'hépatectomie partielle peut être réalisée.

Un certain nombre d'expériences déjà anciennes permettent de répondre à cette question. On a en effet montré à la fin du siècle dernier que l'ablation de plus du tiers du parenchyme était compatible avec une vie normale. Gluck, en 1883, Poujick, en 1889, opérant sur des lapins leur enlevèrent le tiers puis la moitié du parenchyme hépatique (le foie du lapin est multilobé, il possède le plus souvent quatre lobes). Les animaux survécurent. Poujick sacrifia ses animaux et constata qu'il se reproduisait une régénération hépatique rapide. A la suite de l'opération, se produit une congestion intense de l'organe. Dès la trentième heure l'examen histologique révèle une caryocinèse diffuse. Après cinq

jours, une partie du foie est reproduite et au bout de six semaines la réparation est complète. Il arrive même que l'organe s'hypertrophie et devient plus volumineux qu'avant l'opération.

Carnot reprit les expériences de Poujick et constata, dix à trente jours après l'opération, que le foie avait, à peu de chose près, repris son volume normale. Il s'était produit non une régénération des lobes extirpés mais une hyperplasie diffuse.

Mais opérant avec Cornil sur le chien, il constata des phénomènes tout différents. Il y avait, non régénération, mais hypertrophie compensatrice des lobes restants. Quant à la plaie hépatique, sa cicatrisation est fibreuse (elle se rétracte mais ne s'hépatise pas).

La résection hépatique partielle, l'hépactétomie partielle est donc possible expérimentalement. Et même elle ne produit que peu de troubles (Lujkanow). Pendant les deux ou trois premières heures qui suivent l'opération la sécrétion biliaire est fortement diminuée puis elle reprend ses caractères normaux.

D'après Meister l'azote urinaire diminue en même temps que s'abaisse le rapport de l'azote uréique à l'azote totale. Il y a simultanément augmentation des matières extractives et du rapport de l'azote des matières extractives à l'azote totale.

Mais il est une condition formelle, c'est l'intégrité absolue de la cellule hépatique (le pronostic

dépend non du parenchyme qui a disparu, mais du parenchyme qui reste) (Hanot).

On conçoit donc qu'il soit indispensable avant toute laparotomie exploratrice,, pour tumeur du foie de pratiquer toutes les recherches biologiques et chimiques nécessaires pour pouvoir juger l'intégrité de la qualité du parenchyme hépatique.

L'expérimentation montre également que la mort survient en huit à quatorze heures quand l'extirpation atteint les deux tiers du foie. Toutefois la survie est toujours prolongée de quelques jours quand on injecte aux animaux de l'extrait glycérimé ou aqueux de tissu hépatique.

En conséquence, pour fortifier la qualité de la cellule hépatique, pour acquérir un hyperfonctionnement, il sera bon de prescrire à tout sujet susceptible de subir une hépatectomie partielle un traitement par l'opohérapie hépatique et cela systématiquement avant et après l'intervention.

Toutes ces considérations nous permettent de penser que l'ablation du lobe gauche du foie est une intervention physiologiquement réalisable en cas d'adénome du foie, car d'une part le lobe gauche dépasse rarement du cinquième du foie, d'autre part, l'adénome solitaire a pour caractère essentiel de laisser absolument sain le reste du parenchyme hépatique.

Enfin, ce même lobe gauche en cas d'adénome ne doit être que peu utile physiologiquement, car nous

ne supposons pas que l'adénome put avoir une capacité fonctionnelle quelconque.

Pour terminer cette étude expérimentale nous rappellerons les expériences d'Herhardt. Liant la branche droite de la voie Porte, il observait une atrophie du lobe correspondant, une hypertrophie compensatrice du lobe bien vascularisé et la production d'une ascite. Il obtenait l'inverse s'il ligaturait la branche gauche de la veine Porte.

Mais si on résèque purement et simplement le lobe gauche après ligature de la branche gauche de la veine Porte on obtient seulement une hypertrophie du lobe droit avec hyperplasie de ce lobe au niveau de la plaie opératoire.

3. POINT DE VUE CHIRURGICAL.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à préciser la technique chirurgicale à employer dans l'ablation du lobe gauche du foie.

Nous ne nous y étendrons pas beaucoup. Nous tenons surtout à mettre en évidence que c'est l'hémostase rigoureuse de la tranche hépatique qui doit dominer la technique opératoire. L'incision doit être large, il faut y voir clair, ceci sera important pour l'hémostase on fera une incision médiane sus-ombilicale sur laquelle on greffe une incision perpendiculaire transversale latérale. Après examen de la tumeur on isolera le champ opératoire avec des champs abdominaux. On sectionnera indirectement le ligament falciforme en avant et au dessus

du foie jusqu'à la paroi abdominale postérieure. Ceci fait on abaissera le lobe gauche du foie et on le tirera en avant comme pour le sortir du ventre.

On sectionnera très prudemment le ligament triangulaire gauche puis le ligament coronaire en allant non pas au hasard mais sous le contrôle de la vue en attirant le lobe gauche en avant au fur et à mesure qu'on sectionne. Le lobe gauche étant extériorisé, on placera immédiatement à droite de la future tranche de section et préventivement des points profonds séparés au catgut n° 3. On les serrera très modérément. Ces points devront être nombreux de façon à bloquer toute la tranche hépatique future. On gardera longs les fils de ces points séparés.

Cette hémostase préventive réalisée on sectionnera franchement le parenchyme hépatique un peu à gauche de l'insertion du ligament falciforme en haut, au niveau du sillon longitudinal gauche en bas.

Il faudra opérer doucement pour la partie postérieure de la section.

Une fois le lobe gauche enlevé, on tamponnera pendant quelques secondes la tranche hépatique avec une mèche de gaze iodoformée. Puis on recherchera les vaisseaux qui saignent ou qui suintent. On les pincera avec une pince à forcipressure et on les liera.

Cette hémostase devra être aussi minutieuse et aussi complète que possible. Si quelques vaisseaux

saignent encore et qu'ils soient difficiles à lier, on peut pratiquer de petits attouchements avec la pointe du thermocautère. Mais, en principe, il serait préférable de s'abstenir de cet instrument si l'on veut avoir une réparation anatomique comparable à celle qu'on obtient expérimentalement.

Dans tous les cas, ou la longueur du grand épiploon le permettra il faudra l'attirer vers la tranche hépatique, l'accoler contre elle, aller chercher avec une pince les fils d'hémostase préventive gardés longs et fixer ainsi définitivement cet épiploon au foie. Il faudra commencer par les fils les plus postérieurs.

On terminera l'intervention par un tamponnement assez serré de la plaie par des mèches de gaze iodoformée dont une des extrémités sortira par la plaie abdominale. Un drain sera toujours utile.

Telle est l'intervention que nous préconisons dans les adénomes du lobe gauche du foie même s'ils sont pédiculés. Elle peut paraître audacieuse mais nous estimons qu'on doit être hardi si l'on veut prévenir une néoplasie hépatique, voire la guérir s'il s'agit d'un adénome trabéculaire.

Nous croyons qu'avec une intervention aussi large on peut se considérer comme à l'abri d'une récurrence locale, voire même d'un essaimage intra-hépatique. En tout cas, elle évitera certainement les phénomènes toxiques que nous avons constatés chez notre malade.

Cette intervention de plus peut paraître dange-

reuse. On nous opposera la possibilité d'un shock opératoire énorme contre lequel nous serions désarmés. On nous opposera la possibilité d'une hémorragie grave entraînant l'anémie aiguë et la mort ou encore la possibilité d'une insuffisance hépatique sont possibles. Et nous nous attacherons à les prévenir.

Il faut qu'on pose en principe que dans toute laparotomie exploratrice pour tumeur du foie et par conséquent dans toute laparotomie où l'on peut avoir affaire à un adénome solitaire, il faut amener à l'intervention un sujet complètement examiné au point de vue de ses fonctions hépatiques, ayant subi un traitement médical ; diététique et médicamenteux adéquat. (Extrait hépatique, foie de veau, hémostyl) car on ne peut jamais prévoir quelle intervention on pourra être appelé à pratiquer. On évitera avec le plus grand soin l'anesthésie en chloroforme auquel on préférera l'éther, voire même l'anesthésie locale.

Ces conditions étant remplies, nous allons pouvoir répondre aux objections posées plus haut.

Nous ne pouvons absolument pas croire que l'ablation totale du lobe gauche du foie soit beaucoup plus shockante qu'une résection hépatique étendue comme on doit quelquefois la pratiquer en cas de tumeur du foie. Nous ne pouvons admettre que l'ablation du cinquième du parenchyme hépatique, et d'un parenchyme qui ne fonctionne plus que d'une façon minime, suffisent à déclancher une

insuffisance hépatique grave si le reste du parenchyme est sain. Or, nous ne recommandons notre intervention que sur des foies jugés normaux par ailleurs.

Seule l'hémorragie reste le point redoutable. Mais nous croyons fermement qu'avec la technique que nous indiquons elle doit être normalement évitée.

Quant à la récurrence et à l'essaimage nous les considérons comme peu probables. L'ablation du lobe gauche du foie nous apparaît donc comme le traitement de choix de tous les adénomes solitaires du lobe gauche, étant mis à part les contre-indications que nous avons signalées (insuffisance hépatique et les cas où l'on a affaire à un dysembryome hépatique simple, partout décollable, du parenchyme hépatique.

Conclusions

1°) Il existe deux variétés histologiques d'adénomes du foie ; l'une bénigne, l'autre à tendance maligne.

2°) Le diagnostic clinique est impossible à coup sûr ; il faut se contenter de celui de tumeur probablement primitive du foie après avoir exclu la possibilité d'une syphilis hépatique à forme anormale.

3°) Toute tumeur hépatique primitive est justifiable d'une laparotomie exploratrice. Ainsi aura-t-on parfois la surprise de découvrir un adénome du foie.

4°) Tout adénome du foie solitaire doit être enlevé chirurgicalement. En effet, s'il s'agit d'un dysembryome hépatique simple il peut entraîner des troubles fonctionnels marqués et même se compliquer d'hémorragie ; s'il s'agit au contraire d'un adénome trabéculaire, on peut avoir la chance de l'enlever au stad primitif de malignité enclose.

5°) Dans tous les cas d'adénomes solitaires du foie, comme il est le plus souvent impossible macroscopiquement

piquement de distinguer les deux variétés d'adénome si il convient d'en faire une résection large en faisant passer la résection en tissu hépatique sain.

6°) Cette résection large semble être le seul moyen d'éviter une récurrence ou un essaimage intra-hépatique ultérieur.

7°) Les contre-indications à l'intervention sont essentiellement :

L'insuffisance hépatique qu'il faut rechercher systématiquement ;

La multiplicité des noyaux tumoraux ;

La présence de ganglions au niveau du hile du foie ;

Le gros volume de la tumeur si elle siège dans le lobe droit.

8°) L'intervention à pratiquer dépend des caractères macroscopiques de la tumeur et de son siège.

Si la tumeur a une capsule nette, entourée d'un plan de clivage facile à décoller, il s'agira le plus souvent d'un dysembryome bénin et on pratiquera une énucléation simple suivie de suture de la brèche hépatique.

Si la tumeur est simplement enkystée, cette méthode est impossible et insuffisante. En cas d'adénome du lobe droit du foie, on fera une résection hépatique cunéiforme de la tumeur si elle n'est pas pédiculée, et une résection cunéiforme de son point d'implantation sur le foie si elle est pédiculée.

En cas d'adénome du lobe gauche du foie, la conduite à tenir est toute différente qu'il soit pédiculé ou non : on fera l'ablation totale du lobe gauche du foie.

En effet la résection partielle cunéiforme risque d'être insuffisante histologiquement. Elle peut être dangereuse si on l'élargit, par insuffisance de vascularisation de ce qui reste du lobe gauche. D'autre part, l'ablation totale du lobe gauche est une intervention à peine plus shockante qu'une résection hépatique cunéiforme et nous avons montré qu'elle était réalisable au triple point de vue anatomique, physiologique et chirurgical.

L'ablation totale du lobe gauche du foie dans les adénomes solitaires de ce lobe, nous apparaît donc comme la méthode la plus rationnelle et la meilleure pour prévenir la redoutable éventualité d'une dégénérescence cancéreuse ultérieure de ce lobe.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

PIERRE DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- AUVRAY. — Etude expérimentale sur la résection du foie (Revue de Chirurgie 1897).
- BERGMANN. — D'après Kousnetzoff et Pensky. Résection partielle du foie (Revue de Chirurgie, 1896).
- BRAULT et LEARY. — Art. foie, in Cornil et Ranvier, 3^e édition, 1912, Tome IV.
- BUREN KNOTT. — Annals of Surgery, 1917.
- CARNOT. — Physiologie normale et Pathologique du foie, Masson, 1922, Paris.
- CATHALA. — a) L'adénose solitaire du foie (Thèse Paris, 1921) ; b) L'adénome solitaire du foie (Paris Médical, 22 déc. 1923).
- CATHALA et DELAGENIÈRE. — L'adénome du foie sans cirrhose (Annale de Médecine, 1926. Tome XXX, n^o 5).
- CAYLA et HUGUENIN. — Bulletin de l'associat. franç. pour l'étude du cancer, mai 1927. Tome XIV, n^o 5.
- SECCARELLI. — Tumeur pédiculée du foie. Arch. Italiana di chirurgia (janvier 1925, Tome XI, fasc. I).

- CECHERELLI et BIANCHI. — Suture hémostatique du foie. (Bull. Congrès de Chirurgie italienne, 1894, p. 188).
- CHARPY. — Article foie in Poirier et Charpy. Tome IV.
- CORNIL. — Physiologie normale et Pathologique du foie, Masson, 1922, Paris.
- DARIER J. — Adénome du foie. (Soc. Anat., avril 1894).
- DESJARDINS. — Soc. Chirurgiens de Paris. Juillet 1926.
- DEVE. — Adénome massif du foie. (Normandie médicale, 1^{er} avril 1913).
- DUVAL PIERRE. — Adénome solitaire du foie. (Soc. de chirurgie, 21 avril 1920, in thèse Cathala. Thèse Paris 1921).
- ELLIOTT. — Traitement chirurgical des tumeurs du foie. (Transaction of the american surgical ass., 1897, V. XV).
- EMERICH ULMANN. — De la résection du foie. (Revue de gyn., Paris 1898).
- ENGELHARDT. — Munch. mediz. Wochensch. 1900, 47, p. 631. Ueber das multiple und solitaire adénome der leber. Deutch arch fur Klin. Mediz., 1898.
- ERHARDT. — Communication au Congrès de médecine de Berlin. (Semaine médicale, 16 avril 1902).
- FARANI. — Adénome solitaire primitif du foie. (Archiv. Brésiliana di medicini. Rio de Janeiro, janv. 1924).

- GARNETT WRIGHT. — Carcinome primitif du foie enlevé opératoirement. (Soc. Méd. de Londres, Sect. de chir., 7 janv. 1923).
- GILBERT. — Cancer primitif du foie. (Thèse Paris, 1886).
- GIORDANE. — Enucléation d'un adénome du foie. (Réforma médical, Naples 1922).
- GLUCK. — Résection partielle du foie.
- GREY TURNER. — Extirpat. adénome du foie. (Soc. méd. de Londres. Section de Chir., 7 janv. 1923). (The Lancet 1923).
- GROUBE. — In Terrier et Auvray. Tumeur du foie. (Revue de Chirurgie, 1897).
- HARTMANN. — Adénome du foie, cholécystite, cholécystectomie, résection du foie. (Soc. de chir., avril 1920).
- HANOT et GILBERT. — Etudes sur les maladies du foie, 1888.
- KEEN. — Boston medical and surgical journal, 1892.
- KELOCH et KIENER. — Histoire de l'adénome du foie. (Arch. de physiol. normale et patholog., 1896).
- KIDD FRANK. — Extirpation d'une tumeur primitive du foie. (Soc. méd. de Londres. Section de Chir., 7 janv. 1923).
- KOUSNETZOFF et PENSKY. — Etudes expérimentales de résection du foie. (Revue de chirurgie, Paris 1896).
- JACQUOMET. — Thèse de Lyon, 1894.

- JANSON. — Altération du foie consécutive à la ligature de l'artère hépatique. (Nordisk medic. archiv. XXVI, 34).
- LAURENT. — Rapport d'Ozenne. (In Bull. et mémoire de Société des chirurg. de Paris. Tome XXII, 21 décembre 1928).
- LECÈNE. — a) Revue de gynécologie et d'obst., 9 décembre 1912 ; b) Art. Tumeur du foie in Lecène et Leriche. Tome III.
- LEJARS. — Les grosses tumeurs syphilitiques du foie. (Semaine médicale, 11 mars 1894).
- LINZ et ESCHER. — (Rapp. Centralblatt für Chirurg. 1887, n° 5).
- MARINO. — Adénome solitaire du foie. (Bol. de la Soc. de Cirurgia Buénos-Ayres, 1924).
- MICHAUX. — Soc. de chirurg. de Paris, 4 février 1897.
- MONIER-VINARD. — L'hépatome. Thèse Paris, 1910.
- MOUCHET. — In Cayla et Huguenin. Dysembryome hépatique simple. (Bull. de l'ass. française pour l'étude du cancer. Mai 1928. Tome XVI, n° 5).
- NADAL. — Trois cas d'adénomes vrais, glandulaires du foie, dégénérescence cancéreuse. (Soc. anat., Paris, janvier 1913).
- PEYRON. — Tumeur épithéliale du foie à cellules argentaffines. (Ass. franç. pour l'ét. du cancer, 17 mai 1920).
- POIRIER et CHARPY. — Art. foie. Tome IV. Art. voie forte, artère hépatique, tome II.

RENON, GERAUDEL et MONIER VINARD. — L'hépatome. Presse, 12 janv. 1910. (Ann. méd. expér. et anat. pathol. Tome XXII, 2 mars 1910).

RIBBERT. — Adénome malin du foie. (Deutsche mediz Wochensch, 1911, p. 143). (Adénome malin congénital). (Deutsche mediz Wochensch, 1911, p. 143).

ROGER. — Physiologie normale et pathologique du foie. (Masson, 1922, Paris).

ROSSI. — Adénomes solitaires congénitaux du foie. (Tumori, ann. X, fasc. 2, 15 octobre 1923).

SABOURIN. — Essai sur l'adénome du foie. (Thèse Paris, 1881).

SABRAZES. — Régénération, cicatrisation, extirpation partielle du foie. (In dict. phys. de Richet).

SERÈGE. — Indépendance anatomique et physiologique des deux lobes du foie. (Comm. au cinquième Congrès de Méd. de Toulouse, 1902). (Soc. d'anat., Bordeaux).

SOLLIER. — Société ant. de Paris, 1888.

STARR. — Hypernéphrome in the folds of the falciform ligament of the liver. (Annals of Surgery, 1917, page 318).

TERRIER et AUVRAY. — a) Plaie du foie (Revue de chir., n° 10, Paris, 1896) ; b) Tumeurs du foie au point de vue chirurgical. (Revue de chir., 1898).

TOUPET. — In thèse Cathala. (Journal de médecine, n° 44, 1920).

TUHOLSKL. — Adénome du foie. (American J. Of Surg., 1912).

TURNER (Ph.). — Exérèse d'un adénome du foie rompu spontanément avec hémorragie interne. (Soc. méd. de Londres, Soc. de chir., 7 fév. 1923, Partial hepatectomy, the lancet 1923, Vol. 1, page 332).

WALTHER. — Résection du lobe gauche. (Soc. de chir., 30 juillet 1913).

WILLIQUK. — Beitrage zur histogenèse des Leberadenomes. Arch. für path. anat. u. phys. Bd. 51, Heft, 2.

WRIGHT. — Technique de la résection du foie. (The Lancet, 1923).

